

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

N°

207

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Février 1899, à une heure

PAR VERGRIETE (FRANÇOIS-LOUIS-HENRI)

NÉ LE 24 JANVIER 1864, A WARHEM (NORD)

Licencié ès-Lettres (Philosophie)

SUR LES CAUSES D'ERREUR

DANS LE DIAGNOSTIC

DE LA LITHIASSE BILIAIRE

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de Thèse : M. POTAIN, professeur.

Suffragants { M. TERRIER, professeur.
M. GILLES DE LA TOURETTE, agrégé.
M. MAUCLAIRE, agrégé.

LILLE

IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1899

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Février 1899, à une heure

PAR VERGRIETE (FRANÇOIS-LOUIS-HENRI)

NÉ LE 24 JANVIER 1864, A WARHEM (NORD)

Licencié ès-Lettres (Philosophie)

SUR LES CAUSES D'ERREUR

DANS LE DIAGNOSTIC

DE LA LITHIASSE BILIAIRE

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de Thèse : M. POTAIN, professeur.

Suffragants { M. TERRIER, professeur.
M. GILLES DE LA TOURETTE, agrégé.
M. MAUCLAIRE, agrégé.



LILLE

IMPRIMERIE H. MOREL, RUE NATIONALE, 77

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL,
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	{ HUTINEL.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	TERRIER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....	{ TILLAUD.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIERY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES de la TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A TOUS MES MAITRES

INTRODUCTION

La lithiase biliaire se manifeste assez rarement par l'accès franc de coliques hépatiques. Très souvent elle ne présente que les symptômes atténués ou communs à plusieurs maladies ; quelquefois même elle ne trahit sa présence par aucun phénomène morbide, et ce sont les complications qui, les premières, attirent l'attention du malade. Ces anomalies ont pour effet de dérouter le médecin et même de l'induire en erreur. Erreur funeste, car cette affection, traitée par des moyens appropriés, peut guérir ; négligée ou méconnue, elle peut conduire aux plus graves accidents.

Depuis longtemps le danger a été signalé. Un grand nombre d'auteurs ont rapporté et décrit des cas anormaux qu'ils avaient rencontrés. Mais il restait à mettre de l'ordre dans cette multitude de faits fort dissemblables qu'on avait réunis sous la désignation générale de cas *frustes*. Il fallait les grouper afin d'en faciliter l'étude et d'en retirer des indications qui pourraient être utiles au praticien. En 1890, le docteur J. Cyr publia un travail sur cette question. Il y indique les causes d'erreur ci-après : 1° Absence de crise ; 2° Particularités de siège susceptibles d'induire en erreur ; 3° Nature des douleurs ; 4° Mode d'invasion ; 5° Périodicité, fièvre intermit-

tente hépatique ; 6° Crises hépatiques s'accompagnant de phénomènes généraux graves (1).

Cette classification dont nous reconnaissons tout le mérite nous paraît cependant sujette à quelques critiques, entre autres à celle de rayonner trop autour de la crise douloureuse et de ne pas comprendre un grand nombre de faits ayant des caractères entièrement différents. Il nous a semblé que les causes d'erreur se répartissent naturellement de la manière suivante :

1° Absence des symptômes sur lesquels repose le diagnostic ;

2° Anomalies des calculeux proprement dits ;

3° Présence de complications dominant ou remplaçant les phénomènes caractéristiques de la lithiase ;

4° Antécédents propres à égarer le diagnostic.

Nous avons adopté cette division que nous nous proposons de développer.

Les causes d'erreur particulières à l'enfance rentrent assez mal dans ces cadres établis pour les adultes. Elles y introduiraient des faits disparates et nuiraient à l'unité d'aspect des différents groupes. Nous avons cru devoir leur donner une place à part. Nous avons fait de même pour la vieillesse, parce qu'à cet âge la lithiase biliaire présente également des caractères spéciaux. Enfin le premier chapitre, consacré à des considérations générales sur les faits d'origine calculeuse, donne l'occasion de rappeler

(1) CYR. — *Archives gén. de méd.*, février 1890, p. 165.

une fois pour toutes les symptômes sur lesquels s'appuie le diagnostic.

Avant d'aborder notre sujet, nous avons, à l'occasion de notre thèse inaugurale, un agréable devoir à remplir. Après avoir rendu de justes actions de grâces à Dieu, auteur premier de tout bien, nous adressons à notre famille le témoignage de notre cordiale affection ; à nos amis et spécialement à celui dont la confiance et le dévouement éclairé nous honorent, depuis près de quinze années déjà, l'expression de nos sentiments affectueux. Nous devons témoigner particulièrement notre respectueuse gratitude à nos anciens maîtres de la Faculté libre de Lille dont nous avons été l'élève pendant plus de quatre ans, ainsi qu'à nos anciens directeurs. Nous présentons également nos hommages à nos maîtres de la Faculté de Paris.

M. le professeur Potain a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il veuille bien agréer l'expression de notre reconnaissance.

HISTORIQUE

Le foie tenait une grande place dans la médecine ancienne. C'est dans cet organe, au dire de nos devanciers, que s'élaboraient les principes de la vie, *vitæ et nutritus fundamentum* (Riolan, 1626) ; là aussi que les maladies se développaient. Elles y pénétraient par la veine-porte, *vena porta malorum*.

La colique hépatique fut connue de tous temps. Hippocrate et Galien la mentionnent ; le moyen-âge en a laissé des descriptions. Mais ce n'est qu'au XVI^e siècle qu'est fait le premier pas vers l'explication de la nature du mal. Gentilis avait, il est vrai, trouvé un calcul dans les voies biliaires au cours du XIV^e siècle, mais ce fut un fait isolé. Au contraire, au XVI^e siècle, on en découvre fréquemment soit dans les viscères, soit dans les selles.

Fiers d'avoir surpassé Hippocrate et Galien, les auteurs de ce temps étudient ces calculs, et s'efforcent d'en expliquer la formation. Ils inventent pour cela les théories de la *stagnation*, de la *coction*, du *tartarus*. L'idée dominante, c'est que ces concrétions sont dus à l'action des « principes âcres et austères sur la bile normale ». Lorsque Descartes eut lancé l'hypothèse des *esprits animaux*, ces nouveaux agents jouèrent le grand rôle.

Ce qui peut paraître étonnant, c'est que le XVI^e et

presque tout le XVII^e siècle s'écoulèrent sans que l'on eût soupçonné aucune relation entre la présence ou la migration des calculs et les accès douloureux, ni remarqué l'analogie de la colique hépatique et de la colique néphrétique (1). C'étaient encore les principes âcres et austères irritant cette fois le système nerveux (Glisson, Sydenham, etc).

La pathogénie de cette affection est laborieusement établie à la fin du XVII^e siècle et au commencement du XVIII^e, par Morton, Vater, Vallisnieri. Bianchi réunit toutes les connaissances d'alors sur la pathologie du foie dans son *historia hepatica* (1725, Genève, 2 vol).

La première mention de fièvre « hépatique » se trouve dans les *Philosophical transactions* de 1678, et c'est Vater qui signale le premier un cas de fièvre « hépatalgique » en 1726. Depuis cette époque, l'accès fébrile est indiqué dans plusieurs observations, mais sans que les auteurs y attachent l'importance qu'il méritait. Dans le courant de ce siècle, Morgagni fixe la pathogénie de l'utère, Boerhaave tente d'expliquer la fièvre, Durande invente son « remède ». Citons encore Sœmmering, Hoffmann, J.-L. Petit, Pujol (de Castres).

Au commencement du XIX^e siècle, Portal fait sur la lithiase d'importants travaux qui ont profité à Charcot lui-même. Les connaissances cliniques et pathogéniques s'étendent et se précisent. Il faut citer ici les noms de Monneret, Barth et Besnier,

(1) MULEUR. — *Essai historique sur l'affection calculieuse du foie depuis Hippocrate jusqu'à Fourcroy et Pujol*. Thèse Paris 1884, p. 92.

Cruveilhier, Bouisson, Fauconneau-Dufresne, Thudichum, Frerichs. M. Bouchard, dans son enseignement sur le ralentissement de la nutrition, donne de précieuses indications sur l'étiologie générale de la lithiase.

Pendant ce temps, la pathologie des voies biliaires, commencée par Littré en 1833, est continuée par Frerichs, Cruveilhier, Trousseau. Luton invente le terme d'*angéiocholélite* dont M. Jacoud fit *angiocholite*.

Bientôt après, les découvertes microbiennes éclairent d'un jour nouveau la question de la lithiase comme tant d'autres. L'infection biliaire, devinée par Charcot, est démontrée grâce aux travaux de ce même auteur avec Gombault, puis de Netter, Dupré, Dominici. Mais le rôle des agents vivants est plus important qu'on ne l'eût soupçonné. En 1886, Galippe écrit que la formation des calculs biliaires, comme de toutes les concrétions de l'organisme est causée par les microbes. Cette affirmation hardie ne tarde pas à être confirmée par les travaux de M. Gilbert. Naunyn la soutient au congrès de Wiesbaden (1892). En octobre 1897, MM. Gilbert et Fournier annoncent à la Société de biologie qu'ils sont arrivés à produire expérimentalement des calculs par l'injection de cultures dans les voies biliaires d'un animal. Peu après, M. Mignot y exposait la technique par laquelle il déterminait à coup sûr la formation des calculs, et, s'appuyant sur les faits acquis, croyait pouvoir en conclure que ce phénomène n'est influencé par aucune diathèse, mais subordonné seulement à l'invasion fortuite des voies biliaires par des microorganismes très peu virulents.

Sans doute le dernier mot n'est pas dit sur cette question, mais jusqu'ici cette page de la nosographie bilio-hépatique est tout entière l'œuvre de l'école française.

CHAPITRE I

Les symptômes et les causes d'erreur

§ 1. — LES SYMPTOMES

Il existe un signe de lithiasé biliaire qui ne trompe pas : c'est la présence de calculs dans les matières éliminées. Mais comme leur expulsion n'attire l'attention par aucun accident, la constatation n'en est faite habituellement qu'au prix d'une patiente recherche.

Pour être à peu près pathognomonique, la colique hépatique doit avoir tous ses caractères propres : douleur extrêmement violente, paroxystique, ayant son foyer premier et principal à l'hypochondre droit, pouvant s'irradier dans divers sens et particulièrement à l'épaule droite, accompagnée d'un endolorissement très marqué de la région hépatique. Ordinairement elle commence et se termine brusquement. Les vomissements, l'ictère avec la décoloration des selles et la présence du pigment dans les urines font partie du syndrome classique et en confirment l'origine calculéuse. M. Lépine (1), de Lyon, admet que tous ces symptômes peuvent se présenter réunis sans être causés par la présence d'un corps étranger dans les voies biliaires. Si le fait existe, il doit être exceptionnel.

(1) LÉPINE. — *Coliques hépatiques sans calculs*. Lyon médical, 18 février 1894.

Lorsqu'elle a des caractères différents, la douleur perd sa haute valeur diagnostique ; mais quels que soient son siège et ses caractères, elle est toujours un signe très utile. Sans compter qu'elle peut suggérer l'idée de rechercher les calculs, elle contribue parfois pour une large part à éclairer le médecin sur leur présence dans les voies biliaires.

De même que les douleurs atypiques, d'autres symptômes, pour n'être pas caractéristiques par eux-mêmes, n'en sont pas moins fort importants. Au premier rang se place l'ictère. « L'ictère, dit Dufour, est le phénomène capital de la colique hépatique. Au point de vue du diagnostic, son apparition est quelquefois un véritable soulagement pour l'esprit du médecin qui vient d'assister à un accès de douleur abdominale dont le siège est souvent mal précisé par suite, soit de l'intensité de la douleur, soit de sa diffusion » (1). Il survient ordinairement un ou deux jours après la crise douloureuse et doit être recherché à la peau, aux conjonctives, autour des ailes du nez, sous la langue à la voûte palatine.

La présence de pigment dans les urines peut être souvent constatée, soit directement par la coloration spéciale de ce liquide, soit par la réaction de Gmelin, environ six heures après le début de l'accès.

La décoloration des selles et leur état graisseux s'ajoutent habituellement aux deux phénomènes précédents et forment avec eux un même syndrome.

Lorsque l'ictère présente des variations d'intensité il est un signe à peu près certain de lithiasé.

(1) DUFOUR. — *De l'ictère dans la colique hépatique*. Lyon médical, 11 avril 1897, p. 512.

Les nausées et les vomissements alimentaires et bilieux ont une signification moins précise. Mais dans certains cas exceptionnels, ils contiennent des calculs, ce qui tranche la difficulté. M. Gailliard en a réuni de nombreux exemples (MÉDECINE MODERNE, 6 juillet 1895).

Des renseignements très utiles pourront être obtenus par l'exploration de la région hépatique. Un foie gros, dur, sensible, une vésicule douloureuse à la pression, distendue, dilatée sont des phénomènes favorables à l'hypothèse de lithiasé. La preuve en est faite si la crépitation des masses calculeuses au niveau du cholécyste peut être perçue par la main ou par l'oreille.

M. Peter (1) a constaté sur six malades qu'il a étudiés à ce point de vue, au moment de la crise, une hyperthermie locale à l'hypochondre droit. La température de cette région peut s'élever alors au niveau de celle de l'aisselle et même au-dessus, tandis qu'à l'état normal ou du côté opposé, elle est à un ou deux degrés au-dessous. Le fait a été confirmé par d'autres recherches, et peut servir à fixer un diagnostic douteux, car les crises gastriques ne s'accompagnent pas d'élévation thermique.

La raideur des muscles du même côté sera également un symptôme différentiel très utile.

Des signes d'inflammation localisée à la région hépatique, pourront faire songer à la lithiasé, qui en est fréquemment la cause première ; toutes les

(1) Voir Mossé. — *Les accidents de la lithiasé biliaire*. Thèse d'agrég., 1880.

complications de cette affection pourront permettre de remonter à la source d'où elles dérivent.

Les phénomènes généraux apparaissent parfois, et peuvent être d'un grand secours pour le diagnostic. Si l'apyrexie, avec lenteur et petitesse du pouls est la règle, il y a des exceptions. Or, un accès fébrile à forme intermittente, venant s'ajouter à une douleur épigastrique mal définie, doit faire penser à une migration calculeuse plutôt qu'à toute autre affection. La fièvre intermittente est même le symptôme propre de l'infection biliaire comme de la malaria. Il n'est pas jusqu'à la cachexie créée par l'insuffisance hépatique, qui ne puisse dans certaines circonstances faire soupçonner l'obstruction des voies biliaires par un cholélithe.

Le vertige, l'obnubilation, la sensation de défaillance sont fréquents, même en l'absence de douleur.

N'oublions pas une donnée très importante dans le problème qui nous occupe : ce sont les antécédents. Les manifestations calculeuses étant très sujettes aux récives, les attaques antérieures ajoutent dans les cas douteux une grande présomption en faveur d'une nouvelle atteinte.

Enfin la maladie peut être reconnue par l'épreuve du traitement. A moins de lésions infectieuses avancées, la cure thermale de Vichy ou même de Vittel, a une efficacité suffisante pour autoriser le médecin à écarter l'hypothèse de lithiase chez les sujets qui n'en sont pas améliorés.

§ 2. — LES CAUSES D'ERREUR

Outre l'absence de signes, dont les conséquences sont évidentes, nous retrouvons comme causes d'erreur, la plupart des phénomènes que nous venons de passer en revue et de désigner comme propres à établir le diagnostic. La chose peut sembler étrange, mais elle s'explique aisément. A l'exception de ceux qui sont pathognomoniques, tous les symptômes peuvent jouer l'un et l'autre rôle. La douleur, par exemple, n'est propre à éclairer le praticien que dans la mesure où elle ressemble à celle de la colique hépatique typique, et elle peut être nuisible dans la proportion où elle en diffère. Une souffrance vive et fugitive dans l'hypochondre droit, pourra dérouter et tromper le médecin non prévenu et, au contraire, servir utilement celui qui est familiarisé avec ces formes anormales de la colique hépatique. La sensibilité hépatique ou vésiculaire, la distension du cholécyste peuvent faire songer à toute autre chose qu'à la lithiase. Les complications sont bien plus souvent de nature à embarrasser et à tromper le praticien, qu'à le renseigner. En réalité, c'est lui qui détermine le rôle de tous ces phénomènes, par l'interprétation qu'il en fait. Est-elle exacte, ils ont été symptômes utiles ; est-elle fausse, ils ont été cause d'erreur.

Il en est de même des associations symptomatiques : elles peuvent aussi bien servir à l'erreur qu'à la vérité. La chose dépend en partie du savoir et de la perspicacité du clinicien. Il faut qu'il

recherche avec soin toutes les indications, qu'il les apprécie, les rapproche et en fasse l'interprétation.

Inutile de dire que les associations possibles de phénomènes sont extrêmement nombreuses et variées : elles le sont pour ainsi dire autant que les cas cliniques eux-mêmes. Quoique notre dessein soit de faire un travail d'analyse, nous serons dans la nécessité d'en indiquer un certain nombre, car, très souvent, les causes d'erreur ne trompent que parce que l'ensemble symptomatique les y aide ; en outre, les observations en fourniront d'autres exemples.

Nous ferons remarquer ici, pour n'avoir pas à le répéter à propos de chaque fait, qu'un symptôme ou un groupe de symptômes peuvent toujours tromper dans l'un et l'autre sens : s'ils sont susceptibles de faire prendre la lithiase pour d'autres maladies, réciproquement, ils pourront avoir les apparences de phénomènes lithiasiques, alors que leur origine est toute différente.

CHAPITRE II

L'absence des symptômes

La lithiase biliaire peut rester complètement latente. Il est prouvé que les calculs peuvent se former, demeurer sur place, progresser ou s'arrêter en un point quelconque des voies biliaires, sans que le sujet éprouve aucun malaise ou présente le moindre signe de désordre intérieur. Lorsqu'il en est ainsi, l'affection est presque fatalement ignorée. Elle peut l'être indéfiniment et s'éteindre sans avoir été remarquée, mais le fait est très rare, du moins chez l'adulte. Ordinairement elle se manifeste par des douleurs variées, par de l'ictère, par des vomissements. Très souvent même le sujet est tôt ou tard, atteint d'un accès franc de coliques hépatiques. Dans certains cas, des complications restées latentes, elles aussi, pendant un temps plus ou moins long, éclatent tout à coup et peuvent avoir des conséquences graves. A défaut de tout autre signe, la découverte des calculs pourrait donner l'éveil, mais habituellement ils ne seront ni recherchés, ni remarqués.

L'absence des symptômes n'est pas seulement une cause d'illusion, elle est aussi une cause d'erreur et cela de deux manières : indirectement d'abord, car, en présence de phénomènes morbides d'origine calculeuse, mais non caractéristiques, le praticien

cherchera naturellement en dehors de cette affection la solution du problème, et admettra une hypothèse fausse si l'ensemble des faits rend celle-ci plus vraisemblable; ensuite d'une manière positive et directe, du moins pour les symptômes habituels, car leur absence est un argument contre l'existence de la lithiasé. Elle influencera le diagnostic dans une mesure proportionnée, pour chacun d'eux, à leur fréquence respectivé. Nous devons donc les examiner successivement à ce point de vue.

Moyennant une attention, une persévérance et, il faut bien le dire, un courage suffisants, on peut arriver à trouver les calculs dans presque tous les cas. On cite partout l'exemple de Wolf qui les rechercha et finit par les découvrir chez tous les lithiasiques, au nombre de quarante, qu'il soigna pendant une période de dix-huit mois. Mais ils peuvent provoquer les accidents, même typiques, de la colique hépatique sans sortir des voies biliaires. Ce fait est fréquent pour les gros calculs enfermés dans la vésicule, et l'on cite aussi de nombreux exemples de cholélithes enchâtonnés dans le canal cholédoque ou au niveau de l'ampoule de Vater.

Parvenus dans le tube digestif, ils peuvent s'arrêter quelquefois pendant longtemps en un point de ce conduit. Il n'est pas extrêmement rare d'en trouver dans l'appendice vermiforme ou dans un abcès de cet organe qu'ils ont enflammé et perforé.

Une fois éliminés, il ne suffit pas qu'ils soient découverts, ils doivent être reconnus. Les malades ont pris souvent pour des cholélithes de petites masses dures, distinctes, qui étaient simplement des

pépins de fruits colorés par la bile ou bien des matières intestinales durcies.

En cas de doute, il suffirait de les placer sur des charbons ardents : la cholestérine s'enflamme, tandis que les scybales ne brûlent pas.

Des concrétions fort semblables à certains calculs peuvent se former dans l'intestin malade. En 1897, M. Mathieu (1) a rapporté à la Société médicale des Hôpitaux des calculs sur l'origine desquels il hésitait à se prononcer. Une analyse sommaire avait fait connaître qu'ils renfermaient de la cholestérine, des matières organiques, des sels de chaux et des acides gras, mais pas de pigments biliaires. La malade qui les avait évacués, atteinte de colite muco-membraneuse, éliminait constamment des scybales, des mucosités et des membranes blanchâtres, conditions favorables à la production des concrétions intestinales. Mais un accès de coliques hépatiques assez net, qui avait précédé l'élimination de ces calculs, en fit admettre l'origine biliaire.

La crise douloureuse typique est, nous l'avons dit, assez rare, mais la douleur sous une forme et avec une intensité variables est le phénomène le plus fréquent de la lithiase. Sa présence est tellement constante, qu'en principe, on peut nier cette affection toutes les fois qu'elle fait complètement défaut (2). La conséquence en est que, dans les cas exceptionnels où elle manque, son absence n'en sera que plus sûrement cause d'erreur.

1. MATHIEU. *Société Médicale des Hôpitaux*, 4 juin 1897.

2. CYR. Affection calculieuse du foie.

Le « soulagement », pour employer le terme de M. Dufour, que procure au médecin l'apparition de l'ictère à la suite d'une crise douloureuse insuffisamment caractéristique, permet de soupçonner que lorsque ce phénomène, impatiemment attendu, ne se montrera pas, le doute pourra persister et peut-être faire place à l'erreur. C'est, en effet, ce qui arrive. Les attaques de coliques hépatiques, même les plus typiques sont méconnues parce que l'ictère ne vient pas corroborer le diagnostic. Or, il est incontestable que l'ictère n'accompagne pas toujours l'accès douloureux ni la migration des calculs. Durand-Fardel avait admis qu'après les crises, l'urine, du moins, donnait toujours la réaction des pigments biliaires. Ceci ne paraît pas encore exact. D'après les statistiques, le passage des éléments de la bile dans le sang ne pourrait être reconnu que dans les $\frac{2}{3}$ des cas où il y a eu d'autres symptômes (1) : car les cas demeurés tout-à-fait latents ne peuvent être comptés, et ils diminueraient encore la fréquence relative du phénomène. Une fois sur dix cas, l'urine seule le décèle.

Les vomissements surviennent à peu près dans la même proportion que l'ictère.

Parmi les signes fournis par l'exploration de l'abdomen, il en est qui sont très rares, par exemple la crépitation des calculs dans la vésicule que M. Cyr n'a jamais rencontrée. D'autres se présentent plus souvent, ce sont la tuméfaction du foie, la distension ou la dilatation du cholécyste. La sensibilité

1. DUFOUR, (*loc. cit.*).

de la région hépatique et la douleur provoquée par la pression au point correspondant à la vésicule sont très fréquents. Quant aux symptômes exceptionnels et aux complications diverses, leur absence n'éloigne guère l'hypothèse calculeuse : elle n'est cause d'erreur que d'une manière toute négative.

CHAPITRE III

Les anomalies des phénomènes calculeux proprement dits.

Ainsi qu'on a pu en juger, il n'y a pas, entre les symptômes de la lithiase et ses complications, une ligne de démarcation bien nette. Plusieurs symptômes ne sont, en réalité, que des complications habituelles ou fréquentes. Toutefois, cette affection étant constituée essentiellement par la présence et le passage des concrétions dans les voies biliaires, et sa manifestation en quelque sorte naturelle et typique étant la colique hépatique, nous croyons pouvoir ranger parmi les phénomènes calculeux proprement dits ces deux faits seulement : calculs dans les voies biliaires et crise douloureuse.

Quant à l'ictère, sa signification est déjà moins précise, et d'ailleurs ce signe n'est pas susceptible de présenter des anomalies, à moins qu'on ne veuille considérer comme telle, et, par suite, comme cause d'erreur, son apparition lente et progressive qu'on observe exceptionnellement dans la lithiase, et qu'on attribue facilement à une compression par néoplasme.

§ 1. — CALCULS VOLUMINEUX ACCESSIBLES A LA PALPATION

Habituellement les concrétions biliaires, fussent-elles situées dans la vésicule, ne sont pas accessibles

à la palpation. L'épaisseur de la paroi abdominale souvent chargée de graisse chez les calculeux, l'absence, en arrière, d'un plan résistant pouvant servir de point d'appui, sont cause que la main exploratrice n'arrive pas à les sentir. Mais lorsque, par suite de leur volume insolite, de la minceur et de la souplesse de la paroi, les doigts parviennent à les toucher, au lieu de constituer des signes évidents et infaillibles de lithiase, elles sont assez communément cause d'erreur. La crépitation des masses calculeuses étant un fait exceptionnel, on ne sent qu'une tumeur dure dans la région de la vésicule qui est en même temps celle du pylore et de l'extrémité droite de l'estomac. Si, en même temps, l'état général est mauvais, si le malade maigrit, on croira facilement avoir sous la main une formation néoplasique. Les exemples en sont nombreux. Nous en citerons un qui est récent (1).

OBSERVATION I (résumée). — *Volumineux calcul du cholédoque simulant un carcinome de l'estomac.* — Femme, 46 ans, ayant passé la ménopause depuis trois ans, entre à l'hôpital le 24 avril 1897. Pendant les six derniers mois, la malade avait éprouvé à l'épigastre, une douleur plus ou moins vive, quelquefois aiguë et pungitive, survenant après les repas et accompagnée de grandes nausées qui duraient de une heure et demie à plusieurs heures. Comme elle avait remarqué que ses douleurs étaient exaspérées par l'ingestion des aliments albuminoïdes, elle avait vécu pendant trois mois de pain, de beurre et de thé. Ce régime l'avait amaigri et affaibli. Teinte subictérique ou cachectique, appétit mauvais, langue assez claire, selles normales.

A l'examen physique, on trouve le bord inférieur de

(1) WARD. — *New-York Medical Record*, 22 janv. 1898, n° 4, p. 121.

l'estomac à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Dans la région du pylore on découvre une petite tumeur qui accompagne les mouvements respiratoires, mais n'est pas franchement mobile sous l'action de la main. L'examen du contenu stomacal donne les résultats suivants : Acidité totale : 18 ; acide chloridrique libre : 0 ; acide lactique : 0 ; mucus abondant ; urines normales. — Diagnostic déclaré probable : cancer du pylore avec dilatation gastrique.

Un traitement est donné en vue de soulager les souffrances, d'augmenter l'assimilation et de fortifier la malade pour la préparer à une laparotomie exploratrice et, s'il y avait lieu, à une pylorectomie ou à une gastro-entérostomie. Un mieux sensible se produit, De nouvelles analyses donnent les mêmes résultats que les premières.

L'amélioration se continuait, lorsque le 10 mai, je fus appelé en toute hâte et trouvai la malade en proie à une douleur atroce localisé à l'épigastre, avec vomissements abondants. Une injection de morphine et d'atropine calma les douleurs pendant plusieurs heures. Le lendemain, la malade fut transportée à l'hôpital et accepta une intervention opératoire.

A l'ouverture de l'abdomen on trouva l'estomac normal et ayant ses dimensions ordinaires, mais déplacé en masse vers l'ombilic. Dans le canal cholédoque obstrué se trouvaient deux gros calculs. On les enleva. Les suites opératoires furent normales et le rétablissement complet.

§ 2. — ANOMALIES DES VOIES BILIAIRES.

La distension et même la dilatation de la vésicule est un phénomène relativement fréquent dans la lithiase. On peut alors la palper, la délimiter, la suivre de la main et parfois des yeux dans ses déplacements. Elle accompagne les organes sous-diaphragmatiques dans les mouvements respiratoires, mais ne jouit, par rapport aux parties voisines,

que d'une mobilité très limitée. La brièveté relative des conduits biliaires la maintient presque fixée sur place.

Il existe une anomalie exceptionnelle, mais dont on a cité plusieurs exemples, et qui consiste dans un allongement congénital ou acquis des canaux de la bile. Elle a pour résultat de donner libre jeu au cholécyste et de lui permettre des déplacements insolites. Malgré cette mobilité, on n'en peut guère l'explorer en tous sens. Il donne à la main la sensation d'une tumeur lisse, arrondie, allongée, où la fluctuation est difficile à apprécier et dont la distension empêche de reconnaître le contenu. L'hypothèse de rein flottant est alors d'autant plus plausible que le rein droit ectopié remonte très souvent dans l'hypochondre au lieu de rester dans le flanc (1). Non seulement les signes physiques sont à peu près les mêmes dans l'un et l'autre cas, mais encore les phénomènes pathologiques sont fort analogues. Calot relate dans sa thèse (2) l'histoire d'un malade qui portait dans l'hypochondre droit une tumeur lisse de la forme et de la taille d'un rein, antérieurement concave, indolente à la pression, mobile, ressemblant de tout point à un rein ectopié. L'opération montra qu'à l'endroit où l'on avait cru sentir ce rein se trouvait la vésicule longue, dilatée, calculeuse. L'observation suivante en est un autre exemple :

OBSERVATION II (3). — Je vis, il y a un an, avec plusieurs confrères, une jeune dame tuberculeuse qui, à la suite

(1) Voir thèses BURET, Paris 1883 ; LE CUIZAT, Paris 1889.

(2) *De la cholécystectomie*, Paris 1890.

(3) FOURNIÉ. — *Du rein flottant au point de vue du diagnostic*. — REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE, 6 janvier 1883, p. 16.

d'un violent cahot, fut prise immédiatement de douleurs de ventre intolérables : ces douleurs s'irradiaient dans les deux membres inférieurs. Les diagnostics étaient bien partagés : myélite, névralgie, abcès du foie ouvert dans le péritoine. Ayant constaté à droite de l'ombilic une tumeur dure, bombée, très mobile, douloureuse, j'opinais pour un rein flottant dégénéré, me fondant surtout sur ce fait que la quantité d'urine avait énormément diminué depuis l'accident. L'autopsie vint donner un démenti à tous les diagnostics portés. On trouva en effet sur le rein droit, qui était fort peu mobile dans sa gaine, une tumeur irrégulière, jaunâtre, grosse comme une petite orange et constituée par la vésicule biliaire pleine de calculs. Les canaux cholédoque et cystique hypertrophiés avaient une longueur de 15 à 25 centimètres, ce qui expliquait le déplacement si grand de la vésicule.

La vésicule calculeuse pourrait être immobile dans une position anormale comme dans un cas rapporté par M. Griffon (1) à la Société anatomique. Elle remontait le bord antérieur du foie et se trouvait logée en partie dans une dépression de la face convexe de cet organe. La fluctuation constatée à ce niveau ferait croire facilement la présence d'un abcès.

§ 3. — ANOMALIES DE LA DOULEUR

a). Entre l'extrême violence qu'elle a dans les coliques hépatiques franches et l'absence complète, la douleur peut présenter tous les intermédiaires et toutes les variétés. Tantôt vive et tantôt sourde, tantôt fugitive et tantôt continue ou paroxystique, parfois profonde et limitée ou irradiée en divers sens, et d'autres fois marquée par un endoloris-

(1) GRIFFON. — *Bull. Soc. anat.*, 5 novembre 1894.

sement superficiel de toute la région hépatique, elle revêt toutes les formes et prend tous les degrés d'intensité. Elle peut être éphémère comme elle peut persister pendant des semaines et des mois avec ou sans intermittences.

En l'absence des signes caractéristiques, un phénomène aussi banal, localisé en un point où sont réunis tant d'organes importants et délicats, est bien de nature à embarrasser le praticien. Les circonstances pourraient contribuer à le dérouter ou à l'engager dans une fausse direction. Si cet état simplement douloureux se prolonge sans que la santé soit altérée, il songera à l'hépatalgie ; à des crises névralgiques de la paroi thoracique, du diaphragme, de l'intestin. Les lésions inflammatoires des organes de la région, les péritonites circonscrites pourront être également soupçonnées. Si l'état général s'altère, si le malade maigrit, si en même temps, la palpation du foie décele un organe douloureux plus ou moins induré par des poussées antérieures de périhépatite, c'est l'idée de néoplasme qui se présentera et s'imposera tous les jours davantage à l'esprit. A peine pensera-t-on à découvrir les calculs ; on jugera peut-être inutile cette besogne peu attrayante.

Si leur recherche restait infructueuse, il faut bien reconnaître que dans certains cas la difficulté du diagnostic est insurmontable et que l'on est forcé d'attendre l'apparition de quelque symptôme nouveau ou de recourir à l'épreuve de la cure thermale, si les forces du malade lui permettent de la supporter. Heureusement, nous le répétons, ce sont

là des exceptions. D'ordinaire, les signes plus précis ne se font pas trop attendre et alors la solution du problème est devenue facile.

b). Souvent trompeuse par ses caractères, la douleur peut l'être également par son siège. Se localise-t-elle dans la région lombaire, on supposera un accès de coliques néphrétiques. L'une et l'autre ont d'ailleurs bien des ressemblances. Même début brusqué, même violence dans les douleurs; dans l'une comme dans l'autre, nausées et vomissements fréquents. Mais les irradiations présentent bientôt de notables différences, et de plus on attendrait en vain l'émission de gravelle ou de calculs urinaires. La difficulté du diagnostic sera plus grande si le malade était atteint en même temps de lithiase rénale, ce qu'on a parfois observé. Nous devons revenir sur ce sujet dans le chapitre V.

Lorsque la douleur siège à la région mammaire, chez la femme, celle-ci se croira atteinte de cancer; le médecin après avoir vainement cherché la tumeur redoutée, rassurera la malade et lui dira peut-être encore qu'elle est simplement atteinte de névralgie. M. Cyr (1) cite un cas où ce diagnostic fut porté en effet et maintenu assez longtemps. Mais une crise plus nette étant survenue, le médecin déclara franchement à sa malade que ses prétendues névralgies n'avaient été que des accès de coliques hépatiques.

Si le malade ne souffre qu'à l'hypochondre gauche, à l'épaule droite ou même à l'épaule gauche, comme M. Dufour en a vu plusieurs exemples, où encore à

(1) CYR. *Arch. gén. de méd.* p. 172.

l'omoplate, on devine aisément toutes les erreurs auxquelles elle pourra donner lieu. Pleurodynie, lésions articulaires, ou périarticulaires, rhumatisme, névralgies, tumeurs au début, toutes les affections qui s'accompagnent de douleurs sans modifications appréciables de la région, pourront être soupçonnées et affirmées. On a vu la douleur irradier du côté de l'abdomen et faire croire à des coliques intestinales, à l'entéralgie, aux coliques de plomb ; chez la femme, à des lésions des organes génitaux, métrite, salpingite, etc. Une mention spéciale doit être faite de l'appendicite. Dans un cas communiqué oralement par M. le professeur Potain, un chirurgien allait opérer son malade pour cette affection, quand M. Potain, qui avait été appelé en consultation, soupçonnant quelque forme anormale de coliques hépatiques, engagea son confrère à faire l'incision sur la ligne médiane ; il le fit et l'on trouva en effet des calculs dans les voies biliaires et l'appendice sain.

La localisation de la douleur à l'épigastre mérite de nous arrêter davantage en raison de sa fréquence et du nombre des méprises auxquelles elle a donné lieu. Ce fait avait été observé par Pujol : « Il est peu de maladies hépatiques, écrivait-il en 1784, auxquelles l'estomac ne compatisse d'une manière plus ou moins sensible, tandis que l'hypochondre, où est alors le vrai siège du mal, ne montre quelquefois ni douleur ni élévation, ni même la plus petite anxiété apparente. Dans de pareilles circonstances, qui dans la pratique se présentent plus souvent qu'on ne le pense communément, il est très facile de se méprendre

et de rapporter à l'action de l'estomac les affections qui paraissent souvent dans ce cas et qui dépendent pourtant de l'état du foie...

» Cette observation est surtout facile à saisir dans les coliques qui précèdent la sortie des calculs biliaires... Il est peu de malades qui dans ces sortes de circonstances, ne rapportent toutes leurs souffrances vers le creux de l'estomac... » (1)

Cet avertissement ne paraît pas avoir été suffisamment remarqué, malgré l'insistance qu'y met l'auteur, car cinquante ans plus tard, Andral écrit encore l'observation suivante que nous ne pouvons lire sans étonnement :

OBSERVATION III. — Un homme nous consulta dans le courant de l'été 1833, MM. Chomel, Marjolin et moi, pour une maladie singulière dont voici les principaux traits : cet individu, âgé d'une soixantaine d'années, très fortement constitué, et ayant toujours mené une vie sobre et régulière, ressentit pour la première fois, il y a une douzaine d'années, une douleur vive, déchirante à l'épigastre. Cette douleur dura plusieurs heures et disparut. Avant qu'elle ne se fut montrée, le malade n'avait jamais éprouvé le moindre malaise du côté de l'estomac ; à peine eut elle cessé, qu'il put digérer aussi parfaitement qu'auparavant. Depuis cette époque, cette douleur a reparu un grand nombre de fois, à des intervalles plus ou moins éloignés. Pendant un certain temps, elle est revenue d'une manière périodique, affectant régulièrement le type tierce ; à une autre époque, elle s'est montrée régulièrement tous les huit jours ; le plus souvent, elle n'a affecté rien de régulier dans ce retour. Sa durée est très variable : tantôt il ne s'écoule pas une heure entre le moment de son apparition et celui de sa terminaison, tantôt elle se prolonge

(1) PUJOL. — Dissertation sur les maladies de la peau relativement à l'état du foie. 1784. (Œuvres complètes, 1823, t. II, p. 110).

pendant douze à trente heures ; une fois elle a persisté plus de cent heures, et ce grand accès a été suivi d'un ictère ; c'est la seule fois que quelques troubles aient apparu du côté de l'appareil biliaire. Bien des fois cette douleur est revenue sans aucune cause à laquelle on pût en attribuer le retour ; dans d'autres circonstances, des travaux intellectuels ou des émotions vives ont semblé exercer une influence sur sa réapparition. Assez souvent, au moment où elle cesse, le malade vomit une certaine quantité de mucosités limpides, dont l'expulsion semble le soulager. Nous avons été témoin d'un de ces accès : le malade assis sur son lit, le tronc incliné en avant, exprimant par des cris la douleur atroce qu'il éprouvait. Cette douleur avait son siège immédiatement au-dessous de l'appendice xiphoïde ; elle ne s'étendait pas jusque dans les hypochondres, et en bas, elle ne régnait pas jusqu'à l'ombilic. La pression ne l'augmentait pas sensiblement. La figure était pâle et les traits avaient une altération profonde ; la peau, froide, était couverte d'une sueur visqueuse, le pouls, très petit, ne battait pas cinquante fois par minute.

Nous fîmes prendre au malade de l'acétate de morphine sous forme pilulaire.

Cet accès ne fut pas très long. Le lendemain matin, le malade était revenu à son état de santé habituel, qui était excellent ; il avait bon appétit et il put faire des repas ordinaires.

Il était bien évident que, hors le temps des accès, il n'y avait chez le malade aucun organe en souffrance. Existait-il chez ce malade une névralgie, soit du pneumogastrique, soit du plessus solaire ?

Les différents remèdes calmants et antispasmodiques paraissent être les plus convenables, et ce furent ceux que nous conseillâmes au malade. Cependant, quelques mois après, à la suite d'une crise des plus violentes, le malade expulsa par le fondement un calcul de moyen volume ; depuis ce moment, il est très bien.

Le chapitre qui contient cette observation est

ntitulé : Observations sur quelques affections de l'estomac qui ne consistent pas dans un état inflammatoire de cet organe. En présence d'un cas de coliques hépatiques si caractéristique par la nature des douleurs, la marche de l'affection, l'ictère, l'évacuation d'un calcul qui clôt la maladie, nous sommes persuadé qu'on éviterait aujourd'hui la méprise d'Andral et de ses savants collègues. Mais lorsque aucun symptôme n'appelle l'attention sur le foie, lorsque le malade n'accuse en outre que des vomissements, de la constipation ou de la diarrhée, lorsqu'en un mot, tous les signes se rapportent au tube digestif, qui donc pourra soupçonner l'appareil biliaire ? Il n'est même pas rare de voir les crises douloureuses revenir périodiquement aux mêmes heures. L'erreur est alors presque fatale, et il ne suffit pas d'être prévenu pour l'éviter. Les troubles d'origine gastro-intestinale sont d'une fréquence bien supérieure à celle des désordres calculeux, et la ressemblance des phénomènes pathologiques peut être à peu près complète. Aussi, ne pouvons-nous être surpris de trouver aujourd'hui encore, la confusion signalée dans un grand nombre d'observations de lithiase. Le plus souvent, on porte le diagnostic de gastralgie ou de dyspepsie, plus rarement d'ulcère ou de cancer,

Il faut cependant se rappeler qu'outre les hématomèses et les mélæna qui décèlent l'ulcère rond et le néoplasme, la douleur a dans l'affection calculeuse, des caractères spéciaux : elle survient quelques heures après les repas, et n'est ni calmée ni exaspérée par l'ingestion d'aliments ou de boissons,

tandis que la douleur d'origine gastrique en est toujours influencée. Et si l'on peut observer dans la lithiase un point lombaire, jamais il n'y a de point dorsal comme dans l'ulcère simple.

CHAPITRE IV

Les complications

L'absence, le manque de netteté, les modifications diverses des symptômes de la lithiasé constituent une première série d'obstacles au diagnostic de cette affection. Les chances d'erreur pourront étre plus grandes encore lorsque les complications qu'elle provoque souvent viennent dominer la scéne morbide. Ces complications sont de plusieurs sortes ; quelques-unes sont dues simplement à l'action mécanique des calculs : c'est le petit nombre. Le plus souvent, ce sont d'autres facteurs étiologiques, provoqués par les cholélithes qui interviennent et jouent même le principal rôle. C'est d'abord l'organisme du sujet, irrité par la présence de ces corps étrangers, et en second lieu les agent animés venus du dehors. Ces trois causes n'agissent pas en général isolément. D'ordinaire, elles combinent leur action et l'on ne peut classer les désordres qu'elles produisent, qu'en les groupant autour de celle dont la part semble prédominante.

§ I. COMPLICATIONS PAR ACTION MÉCANIQUE.

Les effets mécaniques produits par la présence d'un corps étrangers dans l'économie sont de deux ordres. Ils peuvent étre dus soit à la compression,

soit à l'obstruction. Les premiers sont très rares. La laxité des parois abdominales et la souplesse des organes qu'elle contiennent leur permettent de tolérer des corps étrangers même très volumineux. Néanmoins, dans un cas rapporté par M. Martin Schmidt (1), la pression exercée par une masse calculeuse sur l'artère hépatique eut pour effet la formation d'un anévrysme. La malade, qui avait eu des coliques hépatiques, présenta tout à coup des hématomèses et des mélæna dont la pathogénie resta ignorée. Elle mourut au bout de cinq semaines dans le cours d'une nouvelle hémorrhagie. A l'autopsie on trouva les organes extrêmement pâles et anémiés; tous ceux de la partie supérieure de l'abdomen étaient agglutinés par des adhérences. L'intestin était rempli de caillots. La vésicule, qui contenait également du sang coagulé, adhérait à une poche anévrysmale formée par l'artère hépatique. Elle renfermait trois calculs volumineux près de chacun desquels se trouvait une petite ouverture qui la faisait communiquer avec l'anévrysme.

Dans le cas suivant, cité par Fauconneau-Dufresne (2), la compression de la première portion du duodénum par la vésicule remplie de calculs donna le tableau d'une obstruction intestinale.

OBSERVATION IV. — Une dame de 72 ans est prise de douleurs à la région épigastrique avec vomissements bilieux; l'appétit est diminué, la langue sale, jaunâtre, à bords rouges; la constipation presque absolue. On administre des purgatifs

(1) MARTIN SCHMIDT. — *Deutsche Archif für klinische Medizin*, 1894, t. LII, p. 536.

2. FAUCONNEAU-DUFRESNE. Traité de l'affection calculeuse du foie, 1856, page 330.

qui ne font qu'augmenter les souffrances. Plusieurs jours se passent ainsi. Les vomissements ramènent les aliments pris peu de temps auparavant, des douleurs térébrantes s'étendent dans tout l'hypochondre droit et vers l'épaule droite et le dos. La constipation est opiniâtre. La malade s'affaiblit rapidement.

Bientôt elle doit s'aliter. Elle a des vomissements mélaniques assez abondants pendant trois ou quatre jours, suivis de constriction et de déchirements violents dans toute la région épigastrique, surtout au niveau du pylore. La figure est jaune paille, des accès fébriles surviennent le soir, la langue devient rouge, poisseuse; la malade se plaint d'une saveur insupportable à la bouche. On croit à un cancer du pylore. Malgré les opiacés et les calmants, les vomissements augmentent, il y a du hoquet, des renvois nidoreux. La moindre cuillerée de liquide provoque des crises. Dans l'une d'elles la malade meurt.

A l'autopsie, on trouve la muqueuse de la région pylorique ardoisée, d'épaisseur double; le pylore est un peu rétréci, ses parois sont épaisses. Dans le duodénum, à un pouce de la valvule pylorique, à la région antérieure est une petite ouverture qui le fait communiquer avec le vésicule biliaire. Celle-ci est remplie exactement par deux calculs volumineux placés de manière à comprimer le pylore.

L'obstruction des voies biliaires est une complication plus fréquente. Suivant le point où elle siège, elle a pour conséquences leur dilatation, rarement leur rupture, la formation d'une tumeur biliaire ou d'un hydrocholécyste, ou encore, si le calcul obturateur se trouve dans le cholédoque, la dilatation de la partie située en amont et l'atrophie scléreuse de la vésicule, conformément à la loi de Courvoisier-Terrier. Ces diverses tumeurs peuvent se former sournoisement et acquérir peu à peu un volume si considérable qu'il devient impossible d'en

reconnaître la nature ou l'origine. On cite des cas où elles ont été prises pour kystes hydatiques, tumeurs enkystées du péritoine et même kystes de l'ovaire. Bouilly, appelé par Brouardel à intervenir auprès d'une jeune femme atteinte de rétention biliaire, avec ictère, plongea le trocart et retira une première fois 4 à 500 gr. de liquide bilieux, et quelques jours après, 5 litres de liquide biliaire.

Le poids du cholécyste dilaté venant s'ajouter à celui du foie, peut produire l'allongement des ligaments suspenseurs. L'organe présente alors une mobilité insolite (foie flottant), ou devient simplement procident. Dans un cas communiqué par M. Mauclore, à la *Société anatomique* (1), son bord antérieur était descendu à moitié chemin entre le rebord des fausses côtes et la crête iliaque. M. le professeur Le Dentu put néanmoins, grâce aux antécédents, porter un diagnostic exact.

De même qu'ils peuvent obstruer les conduits de la bile, les cholélithes peuvent produire l'occlusion intestinale. Murchison, en 1878 (2) en réunit vingt-cinq cas dont un certain nombre étaient inédits. Depuis cette époque on a recherché soigneusement ceux qui avaient été publiés, et l'on recueille de même les nouveaux. Mossé dans sa thèse d'agrégation, Béraud, Gonzalez, Dagron, Garin, dans leur thèse inaugurale ont ajouté successivement leur part, MM. Kirmisson et Rochard en 1892, M. Galliard en 1895 en ont fait une étude spéciale. La thèse de

(1) MAUCLAIRE. — *Soc. anat.*, 5 nov. 1897, p. 785.

(2) MURCHISON. — *Leçons cliniques sur les maladies du foie.*

Garin en décembre 1897 portait le total à 237 cas. Ce qui est surprenant, c'est qu'on trouve assez rarement chez ces malades des antécédents lithiasiques. Le processus pathologique qui aboutit au passage de la masse cholélithique dans le conduit intestinal évolue sournoisement et, un jour, survient une constipation opiniâtre, accompagnée bientôt de vomissements, de hoquet, de prostration en un mot de tous les symptômes de l'obstruction intestinale. Comme le calcul siège rarement dans la première partie de l'intestin grêle et que le point d'arrêt est d'autant plus fréquent qu'on se rapproche d'avantage de la valvule iléo-coecale, le ballonnement du ventre est le plus souvent énorme. Les symptômes s'aggravent rapidement et le malade succombe au bout de une à quatre semaines. Exceptionnellement le calcul progresse et finit par être péniblement évacué avec les matières fécales. Le diagnostic n'en est fait en général, que sur la constatation du corps du délit. Cette délivrance ne sauve pas le malade qui peut encore succomber à la diarrhée ou à une cachexie due sans doute à l'absorption des toxines intestinales. Le calcul pourrait également s'ouvrir un passage à travers la paroi abdominale.

2. — COMPLICATIONS PRODUITES PAR LA RÉACTION DE L'ORGANISME.

Nous ne voulons pas augmenter le nombre des accidents produits par action réflexe, mais leur existence est incontestable, et leurs variétés sont infinies. Quiconque a été témoin d'une crise de

coliques hépatiques ne peut s'étonner de voir que ces souffrances atroces retentissent sur le système nerveux et donnent lieu à la production de phénomènes plus ou moins graves, surtout chez les sujets qui ont des prédispositions congénitales ou acquises. Ils peuvent se produire également lorsque la douleur est peu prononcée ou même absente. Inutile d'ajouter qu'ils deviennent souvent des causes d'erreur.

Les vomissements qui accompagnent les coliques dans les deux tiers des cas sont en réalité une complication due à l'action réflexe. Leur fréquence, suffisante pour en faire un symptôme de la lithiasé, est due sans doute à des causes embryologiques. Les canaux biliaires et la glande hépatique elle-même ne sont, en effet, qu'un diverticule différencié du tube digestif. Il n'est pas rare de voir cet accident dominer la scène morbide. Le sujet, bien portant du reste, ressent quelques douleurs à l'épigastre, à la suite de l'ingestion des aliments. Il lui semble que son repas ne passe pas. Bientôt surviennent des nausées, puis des vomissements et tout rentre dans l'ordre. L'on sait, en effet, que les vomissements marquent fréquemment la fin des crises. Ils peuvent se reproduire avec une grande fréquence en s'accompagnant parfois de constipation. Dans certains cas, ils ont été incoercibles et ont causé la mort du malade. Dans le fait suivant, communiqué par M. Siredey à la Société médicale des hôpitaux, l'on a vu réunis tous les symptômes de l'obstruction intestinale (1) :

OBSERVATION V (résumée). — Une femme âgée de vingt-huit ans, entre le 10 mars 1895, à l'hôpital Saint-Antoine.

(1) SIREDEY. — Soc. méd. des Hôp., 15 mars 1895, p. 239.

Bien portante habituellement, elle est sujette depuis quelques années à des coliques hépatiques qui avaient même nécessité un traitement à l'hôpital l'année précédente.

Le 7 mars elle avait eu un accès plus violent que d'habitude, à la suite duquel le ventre était devenu dur et ballonné, et la respiration était gênée. A la visite du 11 mars, les douleurs ont à peu près disparu, mais le ventre est de plus en plus météorisé, et la respiration plus difficile. Les vomissements sont incessants : bilieux la veille au soir, ils sont devenus franchement porracés. La malade n'a pas été à la selle depuis six ou sept jours. De plus, depuis le début de la crise, elle n'a pas rendu de gaz par l'anus. Les urines sont rares, renferment quelques traces d'albumine, mais pas de pigments biliaires. Pas d'ictère, face grippée, yeux excavés, langue couverte d'un enduit jaunâtre épais, haleine fétide. Le ventre, d'une sonorité excessive, n'est pas douloureux à la pression.

Un lavement n'est suivi d'aucune évacuation. A six heures et demie du soir, les vomissements deviennent franchement fécaloïdes et restent tels toute la soirée.

La laparotomie pratiquée vers onze heures et demie du soir, permit de faire l'examen de l'intestin. Or on ne trouva aucun obstacle au cours des matières : ni invagination, ni torsion, ni calcul ; aucune trace de péritonite ni de perforation. Les phénomènes d'occlusion furent attribués à la paralysie de cet organe. Les vomissements avaient disparu pendant l'anesthésie chloroformique, pour reparaitre au réveil. La malade succomba à trois heures du matin. A l'autopsie, on ne trouva rien d'anormal sinon un gros calcul biliaire, à six millimètres de l'ampoule de Vater.

Au contraire, on admet que c'est par action spasmodique que se produit parfois l'occlusion intestinale due à la pénétration des gros calculs dans le tube digestif. Il est assez rare que le cholélite soit assez volumineux pour remplir complètement le calibre du conduit ; et d'ailleurs, dans la nécropsie on constate parfois que le calcul n'est pas encore entièrement

passé dans l'intestin. Sans doute le tissu environnant est scléreux et rétracté, mais à l'autopsie il reste toujours une ouverture suffisante pour le passage des matières. Leur arrêt chez le vivant est dû à l'occlusion de cette ouverture par la contraction du muscle intestinal à ce niveau. M. Labadie-Lagrave en fait la remarque à propos d'une observation publiée dans le *Journal des Praticiens* (25 juin 1898, p. 401).

Parmi les phénomènes réflexes portant sur le tube digestif, il faut encore citer la congestion de la glande hépatique elle-même, qui n'est point en général une cause d'erreur.

Celle de la base du poumon droit est également fréquente, surtout chez les vieillards, et l'on a même signalé l'épanchement pleural.

Il existe aussi une toux dite nerveuse, qui peut avoir pour conséquence des douleurs au niveau des insertions du diaphragme, et amener une confusion avec celles de la colique hépatique. L'observation suivante montre les accidents bizarres dont les calculs peuvent être le point de départ :

OBSERVATION VI. (1) — Une femme d'environ quarante ans, paraissait atteinte de trouble laryngé persistant. Elle était sujette à des accès de toux spasmodique, fréquemment suivies d'aphonie. L'examen du larynx ne révélait aucune lésion en rapport avec ces symptômes, ni avec la vive douleur qu'elle ressentait au cou. De temps en temps, un ou plusieurs de ses muscles cervicaux se contractaient lui causant de grandes souffrances. Elle se plaignait aussi de douleurs au-dessous des côtes du côté droit. On porta, mais avec des réserves, le diagnostic de lésion de la vésicule biliaire due

(1) S. STEVENS. *New-York Medical Record*, 9 juillet 1898, p. 50.

probablement à des calculs biliaires et on rechercha d'autres symptômes. Elle avait comme des douleurs névralgiques au thorax et au cou, ainsi qu'une fièvre intermittente dont les accès, toujours précédés de frissons, apparaissaient tous les jours à la même heure. On expliquait cette fièvre par ce fait que la malade avait habité une région où régnait la malaria. Plusieurs fois on observa un léger ictère, et les examens répétés de l'urine attestaient tantôt la présence et tantôt l'absence de la bile. Une opération fut conseillée et acceptée. Peu de jours avant qu'elle dût avoir lieu, la malade fut prise d'un de ses accès de toux. Des injections de morphine la soulagèrent. Une légère toux accompagnée d'aphonie persista jusqu'au jour de l'opération. On retira de la vésicule un grand nombre de petits calculs. Après l'anesthésie, la voix était revenue et la toux disparue.

Les phénomènes sont parfois plus alarmants : « de faux accès d'angine de poitrine, des accès dyspnéiques intenses avec cyanose, refroidissement des extrémités et suffocation imminente se montrent encore dans certaines attaques de lithiase hépatique. » (1)

Le cœur peut à son tour en subir le contre-coup. M. Potain a signalé en 1878 un souffle systolique tricuspide causé par la dilatation paralytique du cœur droit. Certains malades ont même des crises graves d'asystolie. M. Gangolphe (thèse Paris 1875) avait attribué ces troubles à l'altération des fibres cardiaques par une intoxication. Nous croyons bien plus probable l'opinion de M. Potain qui les attribue à l'action réflexe (2).

La mort en a été la conséquence dans plusieurs

(1) LANCEREAUX. *Traité des maladies du foie et du pancréas*, 1899, p. 707.

(2) POTAIN. — Clinique médicale de la Charité, p. 205.

cas. Le plus connu est celui que M. le professeur Brouardel a communiqué à la Société de médecine légale en 1881. Il s'agissait d'une femme de 30 ans bien constituée, qui fut prise tout à coup de vives douleurs après avoir pris un verre d'eau de Seltz très froide. Elle se crut empoisonnée. Un médecin appelé d'urgence diagnostiqua un accès de colique hépatique et annonça que ce ne serait rien, mais elle succomba 8 ou 9 heures après le début de la crise. A l'autopsie on ne trouva rien d'anormal sinon un calcul au niveau de l'ampoule de Vater et plusieurs autres dans la vésicule. Le soupçon d'empoisonnement fut cause que l'on examina également les viscères, mais on n'y découvrit aucun poison.

Dans le cas suivant, rapporté par M. Cyr, c'est le système moteur tout entier qui éprouve le retentissement de l'irritation produite au niveau des voies biliaires. Voici comment l'auteur décrit une malade qu'on lui amène : « Decubitus dorsal bien complet, faciès nettement subictérique, les yeux à demi fermés, mais convulsés, aspect de la stupeur, respiration entrecoupée, plus fréquente qu'à l'état normal, et paraissant pénible, pouls à 104 (la température ne fut pas prise). La malade semblait complètement étrangère à ce qui se passait autour d'elle...

» J'interroge la malade : elle ne me répond qu'en remuant un peu la tête et en m'indiquant avec la main son côté droit ; et, après avoir répondu de la sorte, elle retombe dans sa stupeur. La langue était blanche, l'anoréxie complète, et il y avait absence de garde-robes depuis plusieurs jours. La nuit, insomnie, agitation et rêvasseries ; les urines, un

peu bilieuses, étaient très abondantes, plus abondantes même qu'à l'état normal. »

L'auteur ajoute qu'en présence de phénomènes aussi insolites, il n'eut jamais reconnu des coliques hépatiques ; mais on lui apprit que, chez cette malade, les crises se passaient habituellement de la sorte.

Terminons par une affection qu'on ne s'étonnera pas de voir éveillée par la lithiase et qui peut en devenir une manifestation habituelle chez les personnes prédisposées. L'hystérie ou les attaques hystériformes provoquées fréquemment par les traumatismes pourront l'être par le traumatisme interne occasionné par la migration des calculs, et l'on comprend que la grande névrose soit de nature à masquer même des coliques hépatiques assez violentes. Les douleurs sont fréquentes dans l'hystérie ; elles peuvent être rapportées à tous les points du corps. Aussi, en l'absence de signes caractéristiques, on sera longtemps avant de penser à la lithiase. On connaît l'exemple que le professeur Vulpian rapporte dans ses cliniques (1) : une jeune fille de 25 ans souffrait de douleurs aiguës dans le ventre dont les accès se compliquaient de crises de nerfs. Il y avait des vomissements, mais jamais d'ictère. On l'avait toujours considérée comme simple hystérique. Mais un jour, à la suite d'un accès un peu plus violent, la jaunisse survint avec décoloration des selles. On fit alors le diagnostic de la cause du mal et l'on institua un traitement rationnel qui fit disparaître à la fois les deux ordres d'accidents.

(1) VULPIAN. Clinique de la Charité, page 252.

Le professeur Grocco (1) cite un cas entièrement analogue. La fille d'un médecin était atteinte de crises que plusieurs confrères, réunis en consultation, qualifièrent d'hystérie. L'auteur ayant remarqué une sensibilité exagérée de la région hépatique au moment des attaques, émit l'hypothèse de coliques hépatiques qui fut confirmée peu après par l'expulsion d'un gros calcul et par la cessation des crises hystérimorphes.

§ 3. — COMPLICATIONS INFECTIEUSES.

a) Les complications infectieuses de la lithiasé biliaire sont locales ou générales. Les premières consistent en inflammations de la vésicule, des conduits, du foie lui-même ; en péritonites circonscrites viscérales, épiploïques ou pariétales, localisées ordinairement dans le voisinage ; en péritonites généralisées ; en pyléphlébites ; en perforations des voies biliaires et passage des calculs soit dans les organes voisins, soit même au dehors, au travers de la paroi abdominale ; en abcès dont le nombre, le volume, la forme, la localisation, les migrations même, sont très variables. D'une façon générale, ces lésions, loin d'être des causes d'erreur, appellent au contraire l'attention sur l'affection calculeuse de l'appareil biliaire, qui en est le point de départ le plus fréquent. Toutefois elles peuvent encore obscurcir ou égarer le diagnostic de plusieurs manières.

Les douleurs qu'elles occasionnent parfois peuvent

(1) Grocco. Sur la pseudogastralgie de la cholélithiasé. *La settimana medica dello sperimentale* 1898, n° 12, page 133.

masquer les nouvelles crises calculeuses toujours possibles.

Si le foyer inflammatoire, au lieu de rester au niveau de l'hypochondre, a fusé dans le flanc du même côté, il pourra donner le tableau exact d'une appendicite. Peabody rapporte un cas où il avait porté ce diagnostic et où l'opération fit constater, dans la fosse iliaque droite, un liquide bilieux venu de la vésicule perforée (1). M. Terrier (2) en a publié un autre plus complexe et relaté avec détails. Il s'agissait d'une religieuse qui fut atteinte, en janvier 1894, de douleurs abdominales très vives. L'examen de la région fait constater « une tumeur allongée de bas en haut, occupant la place du cœcum, fort douloureuse. » Les docteurs Cabanis et Pouzet, de Cannes, portent le diagnostic de typhlide et traitent la malade en conséquence. M. Terrier la voit le 30 mars et se rallie à la même opinion. La tumeur devient plus nette et occupe la place du colon ascendant jusqu'à son premier coude, semblant confirmer l'hypothèse admise. L'opération, devenue nécessaire et pratiquée le 1^{er} juin, ménageait des surprises. Après l'ouverture du péritoine chroniquement enflammé, on trouve en effet la tumeur allongée en forme de boyau cylindrique. Seulement, elle est formée, non par le gros intestin, mais par la vésicule biliaire démesurément allongée. On en retire plusieurs calculs biliaires, et bientôt il s'en écoule de la bile. En l'absence de symptômes et d'antécédents calculeux, on se

(1) PEABODY. — *Medical News*, 24 avril 1897, p. 513.

(2) TERRIER. — *Gazette hebdom.*, 21 déc. 1895, p. 603.

demande quels éléments auraient pu guider le diagnostic.

On sait qu'inversement l'appendice peut remonter assez haut, de manière que son inflammation est presque fatalement confondue avec une affection d'origine biliaire.

Mais l'erreur la plus fréquente, peut-être, est celle qui provient de l'évolution lente et sournoise des lésions. Le début en a passé inaperçu. Un jour le malade remarque qu'il maigrit ; il perd l'appétit, bientôt il se plaint de douleurs vers la région épigastrique. L'exploration fait découvrir souvent un foie gros, sensible et dur, ou bien dans le voisinage de cet organe une masse plus ou moins bien limitée, également douloureuse à la pression. L'un et l'autre symptôme peuvent être associés, comme aussi ils peuvent manquer en même temps. Si le sujet a dépassé l'âge de quarante ans, on songera soit à une cirrhose ayant une autre origine, soit à un néoplasme ; l'ictère causé, peut-être, par une obstruction calculuse sera mis sur le compte de la maladie hépatique, ou confondu, surtout s'il est peu intense, avec la teinte jaune paille des cancéreux.

Des complications à distance ont été signalées, quoique assez rarement, et il est naturel qu'elles se produisent aussi bien lorsque le foyer infectieux occupe les voies biliaires que lorsqu'il est situé dans tout autre organe : on a observé surtout l'endocardite ulcéreuse végétante, la méningite, des lésions diverses aux yeux, aux oreilles. Les conséquences en sont, au point de vue qui nous occupe, les mêmes

que celles de toute maladie intercurrente. Elles consistent à masquer plus ou moins les faits calculeux.

5) Outre les phénomènes généraux provenant des lésions secondaires, la lithiasé biliaire peut avoir sur l'état général un retentissement direct. Il est marqué par des accès fébriles qui, par la bizarrerie de leur apparition et leur analogie avec les accès intermittents, ont été fréquemment causes d'erreur. Lorsqu'ils viennent se superposer à la crise douloureuse, (fièvre *hépatalgique* de Charcot), la méprise n'est plus possible. Mais il n'en est pas toujours ainsi et l'on se figure aisément ce qui doit se passer alors.

Un sujet jusque-là bien portant est pris tout à coup d'un frisson intense. Il grelotte, claqué des dents, tremble de tout son corps ; ses lèvres sont cyanosées, sa face pâle, il a une céphalée intense et parfois même des vertiges. Le pouls devient rapide, la température centrale monte à 39, 40 et même 41 degrés. Au bout de deux ou trois heures, la figure du malade se distend, le bien-être revient avec la chaleur ; puis surviennent des sueurs abondantes ou plus souvent une moiteur marquée surtout aux pieds et aux mains, et la température revient assez rapidement à la normale. Toute la crise a duré environ de quatre à six heures. Pendant tout ce temps, le malade n'a ressenti d'autre douleur que celle qui siégeait à la tête, ou bien des malaises sans localisation précise. Il n'en éprouve pas davantage après la fin de la crise. Il peut n'avoir ni ictère, aucun symptôme qui appelle l'attention sur l'appareil biliaire.

A moins de circonstances particulières, le médecin, témoin d'une crise de cette nature, ne peut penser de suite à l'affection calculeuse. Il supposera un début de pneumonie, de grippe, d'érysipèle, maladies bien plus fréquentes. Règne-t-il à ce moment une épidémie signalant son invasion par un accès fébrile, tout le monde craindra un accès du mal redouté. M. Magnin (1) rapporte dans sa thèse deux cas où l'on crut à un début de choléra. Dans l'un d'eux, la confusion était d'autant plus explicable qu'il y avait des vomissements de matières bilieuses (p. 19, obs. II).

Une fois l'accès terminé et le sujet revenu à l'état normal, une seule hypothèse s'impose en quelque sorte, celle de fièvre palustre. L'observation suivante est un exemple assez typique des cas de ce genre. Nous la donnons tout entière, à cause de l'intérêt qu'elle présente à différents points de vue (2).

OBSERVATION VII. — X..., 59 ans, bien constitué, ayant une bonne santé habituelle et une hygiène excellente sauf une vie un peu sédentaire. Sa mère avait de l'emphysème et de l'asthme, un de ses frères est diabétique, lui-même a présenté des manifestations arthritiques (douleurs et craquements articulaires, léger tophus de l'oreille droite) qui ont nécessité en 1889 et 1890 quatre séjours à Aix.

(1) MAGNIN. — *Accidents de la lithiase biliaire*. Thèse, Paris 1869.

(2) Cette observation inédite est due à l'obligeance de M. le professeur Desplats, qui a bien voulu nous transmettre ses notes, ainsi que celles prises par le malade lui-même. Nous les transcrivons à peu près textuellement. Ce cas, suivi bientôt d'un autre analogue, fut l'occasion de plusieurs leçons où M. Desplats nous fit remarquer entre autres choses que la colique hépatique peut prendre la forme d'un simple accès fébrile. Nous profitons de cette occasion pour adresser à notre vénéré maître la nouvelle expression de notre vive gratitude.

A la fin de décembre 1890, sans cause connue, il éprouva une soif exagérée et quelques troubles de la vue qui firent examiner les urines. Elles contenaient 70 grammes de glucose par litre (150 grammes par jour).

En moins de trois semaines, par le régime seulement et l'eau de Vichy, toute trace de sucre avait disparu, et le malade reprenait peu à peu le régime commun moins le sucre, les aliments et les boissons sucrés. Il faisait aussi un usage modéré des féculents et du pain. Les urines examinées plusieurs fois depuis cette époque, ont toujours été trouvées normales.

En 1891, 1892, 1893, aucune manifestation diabétique n'est notée. Saisons à Aix en 1892 et 1893, les douleurs rhumatismales des genoux et de l'épaule diminuent notablement par ce traitement.

En février 1894 quelques légers troubles mal définis motivèrent un nouvel examen des urines, et on trouve 4 gr. 88 de glucose par litre (urée 21 gr. 40).

Trois mois après, le 21 mai, M. le professeur Desplats est appelé de nouveau et trouve cette homme atteint depuis 7 ou 8 jours d'un zona lombo-inguinal droit très intense. Les douleurs n'étaient pas très vives, mais l'éruption était confluyente et profonde dans les lombes et au pli de l'aîne. Il y avait même de petits points sphacélés au milieu des plaques d'herpès. L'état général était satisfaisant, la fièvre très légère.

Les urines (1600 cc.) contenaient 30 grammes de glucose par litre (urée 12 grammes 90).

En même temps qu'on traitait par la quinine et l'antipyrine les douleurs et la fièvre, on réglait le régime, et, le 31 mai, les urines ne contenaient plus de glucose (urée 37 gr. 40).

Amélioration graduelle jusqu'au 12 juin. Survint alors, à la suite d'un petit voyage, une fluxion dentaire avec abcès et éruption palatine d'herpès qu'on put considérer comme un deuxième zona. En même temps apparaissait un léger ictère accompagné d'embarras gastrique et d'un peu de fièvre. Pendant ces quelques jours, le glucose reparut dans les urines, mais en faible quantité (3 gr. 663 — urée 30 gr. 60).

Sous l'action du traitement, l'amélioration fut rapide et le 27 juin, M. X..., se croyant guéri, reprenait peu à peu sa vie habituelle.

Le 10 juillet. — A la suite d'un refroidissement subi la veille au soir, survenait pendant l'après-midi un véritable accès de fièvre (39°, 5). La nuit suivante était bonne cependant et toute la journée du 11 se passait sans malaise, sans élévation thermique, avec un bon appétit. (Traitement : 0 gr. 75 de chl. de quinine dans la matinée).

Le 12 juillet. — Vers le matin, grand frisson sans point de côté, ni toux, ni aucun phénomène indiquant une localisation. A la suite, élévation thermique jusqu'à 40°, 8, puis, par l'ingestion de 1 gramme d'antipyrine à huit heures, abaissement graduel jusqu'à 39°, 2.

A midi, la fatigue est grande, le faciès défait, la langue blanche, le pouls à 112. L'examen de la poitrine révèle dans la fosse sus-épineuse droite, un foyer très circonscrit de souffle et de râles. (0 gr. 75 de quinine — vin blanc, œufs, lait.)

Le 13 juillet. — La fièvre est tombée depuis hier au soir, et le malade se trouve bien. Subictère, urines foncées, selles un peu décolorées. Traitement : 0 gr. 75 de quinine pendant trois jours, et, tous les soirs, trois grammes de salicylate de soude en lavement, pas d'accès pendant 6 ou 7 jours.

Le 18 juillet. — Nouvel accès. Quinine.

Le 27 juillet. — id. id.

Comme le malade demeurait à proximité d'un canal fan-gèux, on croit toujours qu'il s'agit de fièvre palustre et on engage le malade à aller habiter un endroit plus sain, près de la frontière belge. Il part le 3 août. Il a un accès le 13, moins intense que les précédents et un autre le 23 encore plus court et moins fort. Il rentre à Lille le 31 août.

Le 3 septembre. — M. le professeur Desplats trouve le malade maigri, subictérique, sans fièvre depuis le 23. Il se plaint d'un peu de sensibilité à l'épigastre ; la palpation fait constater à ce niveau le foie plus dur et sensible à la pression. Il craint un début de néoplasme et conseille de prendre du lait en mangeant, mais soupçonnant aussi la lithiase biliaire, il conseille une cure à Vichy.

Le 7 septembre. — Le malade se trouve mal du lait et demande grâce. Il a éprouvé, deux fois, tous les signes du syndrome fébrile sans élévation de température.

Le 9 septembre. — Accès de quelques heures. Temp. 38°,9.

Le 10 septembre. — État satisfaisant.

11 Septembre. — Accès de fièvre franc ayant débuté à 4 heures du matin par un frisson assez fort. Rapidement la température est montée à 40°1. A 10 heures tout était fini.

13 Septembre. — Départ pour Vichy.

15 Septembre. — Commencement du traitement : à 10 heures et 10 heures 1/2 eau de la Grande-Grille, et de la source de l'Hôpital.

16 Septembre. — Eau 2 fois Grande-Grille, 2 fois Hôpital, 1^{er} bain.

17 Septembre. — Eaux, 1^{re} douche chaude générale à l'exclusion de la région du foie. A 9 heures du soir, accès de fièvre.

18 Septembre. — 1 verre rubinat, salol 1,50 par jour à continuer indéfiniment.

19 Septembre. — 2^e bain, eau, dose augmentée.

20 Septembre. — 2^e douche Id.

21 Septembre. — 3^e bain Id.

22 Septembre. — 3^e douche Id.

23 Septembre. — 4^e bain Id.

24 Septembre. — 4^e douche Id.

25 Septembre. — 5^e douche Id.

26 Septembre. — 6^e douche Id.

27 Septembre. — Jour de repos. A intervalles irréguliers, le malade avait pris des pilules de podophylle, vin de quinquina, teinture de boldo, 2 applications de teinture d'iode sur la région du foie.

28 Septembre. — 7^e douche, salol, à 11 heures du soir, accès de fièvre toute la nuit, selles, Grande-Grille 1/2 verre l'après-midi.

29 Septembre. — 11 heures du soir, accès de fièvre, coliques hépatiques.

30 Septembre. — Le docteur Nicolas, venu le matin, fait une injection de morphine et prescrit le salol à dose doublée.

A 11 heures du soir, nouvel accès très violent précédé d'un fort frisson.

1^{er} Octobre. — Le docteur Nicolas, appelé la nuit, ne prescrit rien, revient le matin, prescrit le salol, fait reprendre eau Grande-Grille à petite dose.

2 Octobre. — Inappétence, malaises, douleurs, ictère, constipation, faiblesse.

3 et 4 Octobre. — Continuation du même traitement. Amélioration.

5 Octobre. — Départ pour Lille.

7, 8 et 9 Octobre. — Retour de l'appétit et des forces, selles plus faciles.

10 et 11 Octobre. — État subfébricitant. Dans la nuit du 11, accès de fièvre moyen.

15 Octobre. — Consultation de MM. Desplats et Augier, avec M. Chauffard, de Paris. Elle aboutit à la confirmation du diagnostic établi antérieurement avec toutes ses réserves en ce qui concernait la présence de calculs dans les voies biliaires.

Le traitement antérieur fut maintenu dans ses lignes essentielles. On supprima seulement la teinture de boldo. On modifia la forme du salol. On prescrivit la continuation de l'eau de la Grande-Grille. On ajouta l'huile de Harlem. On prescrivit l'usage du lait (1 litre par jour). Tout ce traitement a été scrupuleusement suivi.

15 au 27 Octobre. — L'amélioration continue. A deux ou trois reprises flux bilieux assez abondant, malgré la disposition habituelle à la constipation et à la décoloration des selles.

28 Octobre. — Fièvre légère, accablement. Amélioration le soir. Les jours suivants les selles restent constamment décolorées et peu abondantes.

31 Octobre. — Une dose légère d'Hunyadi-Janos amène une seule évacuation. Les selles ne se modifient pas.

3 Novembre. — Purgation plus forte. Selle liquide, très abondante. A 11 heures 1/2 du soir, fièvre caractérisée par un léger frisson suivi d'une période de chaleur et s'accompagnant d'une douleur assez vive au niveau de la région du foie. Ses caractères ne sont pas, d'ailleurs, les mêmes que dans les accès précédents.

4 Novembre. — M. Desplats trouve la vésicule biliaire gonflée, appréciable au toucher ; il avertit de la probabilité de la sortie d'un calcul biliaire.

Dans la journée, symptômes ictériques dans la proportion habituelle, évacuation exceptionnellement abondante de matières fécales toujours décolorées. Le soir, nouvelle évacuation de même nature, un peu moins abondante. C'est dans cette deuxième selle du 4 novembre que se trouve le calcul annoncé.

Ce calcul, brun foncé, irrégulièrement arrondi, a le volume d'une grosse noisette. Il présente une seule grande facette permettant de juger qu'il est le premier ou le dernier d'une série. Les petites bosselures que l'on voit aux autres points de sa surface montrent qu'il est formé de petits calculs aplatis, luisants, du volume d'un grain de chenevis, agglutinés ensemble par un ciment de bile épaisse, durcie.

5 Novembre. — Les selles redeviennent de couleur normale et n'ont plus cessé de l'être à partir de ce jour.

6 Novembre. — Amélioration rapide. Le malade ne prend plus que deux doses de salol au lieu de 4. Il avait pris deux fois seulement (le 1^{er} et le 8), en se couchant, la dose prescrite d'huile de Harlem.

12 Novembre. — Il suspend l'eau de Vichy, mais continue l'usage de la podophylle et du lait (1 litre par jour).

L'amélioration a été progressive, et le malade, actuellement bien portant, n'a plus éprouvé aucun symptôme d'origine calculieuse.

L'analyse des urines, pratiquée du 10 octobre au 13 novembre, a donné les résultats suivants :

Pendant toute cette période, les urines n'ont contenu ni sucre ni albumine. Analysées de nouveau le 31 juillet 1895, elles contenaient 4 gr. 5 de sucre par litre.

DATES	POIDS TOTAL	DENSITÉ	URÉE par jour	UROBILINE	Chromogène de l'urobiline	AUTRES SUBSTANCES
10 Oct. 1894	1,250	1,017	17,	Un peu		
11 Oct. (fièvre)	1,750	1,011	10,75	Un peu		
12 —	2,000	1,014	16,40	Un peu plus		
13 —	1,100	1,017	16,20	Un peu		Pigm. bil.
14 —	2,000	1,016	23,70	Id.		
15 —	1,800	1,014	15,01	Moins		
16 —	2,500	1,011	22,59	Id.		
17 —	2,600	1,011	23,32	0	Chrom.	
18 —	2,400	1,012	23,69	0	Un peu	
19 —	2,500	1,014	22,05	0	Id.	
20 —	2,100	1,015	22,62	0	Id.	
21 —	2,000	1,015	22,66	0	Id.	
22 —	2,000	1,015	22,66	0	Id.	
23 —	2,400	1,013	20,35	0	Id.	
24 —	2,750	1,010	20,62	0	Id.	
25 —	2,600	1,010	23,19	0	Id.	
26 —	2,500	1,011	22,92	0	Id.	
27 —	2,400	1,011	24,	0	Id.	
28 —	2,400	1,012	25,34	Trace	Plus	
29 —	1,800	1,013	22,77	Peu		
30 —	2,500	1,011	27,10	Moins		
31 —	1,900	1,019	30,11	Encore moins		
1 ^{er} Novemb	2,200	1,013	29,66	Même quantité		
2 —	2,300	1,011	26,22	Petite quantité		
3 —	2,000	1,016	31,14	Id.		
4 —	1,900	1,017	27,36	Un peu plus		
5 —	1,950	1,016	36,85	Même quantité		Prop. notable de pig. bil.
6 —	2,500	1,011	31,25	Id.		Pas de pigm. bil.
7 —	2,000	1,015	32,10	Moins		— —
8 —	2,000	1,017	30,30	0	Chrom.	Acide salicyl. et phénol
9 —	2,400	1,015	29,04	0	Moins	— —
10 —	2,450	1,014	31,60	0	Même quantité	1,056 —
11 —	2,350	1,013	26,	0	Id.	Ac. sal., phénol
12 —	1,650	1,017	27,55	0	Id.	— —
13 —	2,000	1,014	27,40	Trace	Id.	— —

Une des causes qui ont le plus contribué à établir et à maintenir la confusion, c'est sans doute le caractère accidentel et irrégulier de cet accès. Il serait naturel de le trouver en rapport avec l'intensité des douleurs. Or l'on a vu qu'il n'en est point ainsi. Il n'indique pas davantage l'altération des voies biliaires, puisqu'il apparaît lorsque celles-ci n'ont aucune lésion appréciable. Quand il s'est présenté une fois, il a une certaine tendance à se montrer encore, mais très souvent aussi il manque dans les crises douloureuses qui suivent. Même irrégularité dans ses caractères propres :

« Tantôt, dit M. Magnin (*loc. cit.*, p. 40), le seul symptôme qu'on observe est un frisson..., et l'on comprend toute l'importance que peuvent avoir ces frissons, seuls indices de la présence des calculs dans les voies biliaires... Dans un cas, un frisson intense se manifeste, suivi bientôt de sensation de chaleur intense et élévation de la température centrale, bien que le corps soit algide et les lèvres cyanosées, puis tout cesse, sans qu'on puisse observer la moindre douleur dans la région du foie. D'autres fois, un frisson se déclare, puis les autres accidents avortent ; quelques jours après, une douleur vive à l'hypochondre droit survient seule, sans frisson. Dans d'autres cas, la douleur accompagne le frisson et alterne avec lui ; enfin un accès de colique hépatique se déclare, et alors le doute n'est plus permis. »

Il est exceptionnel, en effet, que l'accès fébrile ne s'accompagne pas tôt ou tard des symptômes caractéristiques de la lithiasé. Comme dans l'observation

ci-dessus, c'est tantôt un ictère d'intensité variable, avec décoloration des selles, tantôt des douleurs dans la région du foie ; tantôt enfin, une attaque franche qui dissipe toute illusion.

Une fois l'attention éveillée sur l'origine hépatique de l'accès, on remarquera les différences qui le distinguent du syndrome paludéen. Il survient plutôt dans la seconde moitié du jour, quelques heures après les repas, tandis que le second est presque toujours matutinal. Celui-ci observe une périodicité presque mathématique, tandis que l'autre est habituellement irrégulier dans son apparition, comme la crise de coliques hépatiques. L'hypertrophie de la rate et surtout la présence de l'hématozoaire dans le sang sont des symptômes de malaria. M. Charcot a indiqué un signe distinctif très précieux fondé sur le dosage de l'urée. L'augmentation de cette substance est la règle dans l'accès paludéen, tandis que sa diminution a été constatée et semble être également habituelle dans toute fièvre d'origine hépatique. Le fait est réalisé dans l'observation ci-dessus : voir 11 octobre. Enfin l'épreuve du traitement peut faire reconnaître l'une et l'autre affection. D'une part, l'efficacité de la quinine dans la malaria et son inutilité dans la lithiasé ; d'autre part, des résultats inverses presque assurés par la cure thermale de Vichy, éveilleront parfois l'attention du médecin ou permettront un diagnostic jusque-là douteux.

Au lieu de revenir à des intervalles inégaux, l'accès fébrile peut observer, comme l'accès douloureux lui-même, une périodicité remarquable qui augmente la ressemblance avec la fièvre palustre. C'est ce qu'on

remarque surtout lorsque les cholélithes sont arrêtés dans le conduit hépatique, ou, ce qui est plus fréquent, dans le cholédoque. M. le professeur Dieulafoy (1) a signalé ces cas où la fièvre peut être attribuée à la rétention et à la résorption de la bile infectée sans doute, mais avec intégrité des voies biliaires. Il y cite plusieurs exemples où l'intervention opératoire avait fait découvrir des calculs dans un canal cholédoque sain, et avait mis fin immédiatement à tous les accidents. Dans ces cas, si aucun symptôme n'attire l'attention sur l'appareil biliaire, la véritable origine des crises est actuellement encore très fréquemment méconnue. « Dans presque tous les cas que je connais, écrit Osler, on porta le diagnostic de malaria et on traita les malades par la quinine pendant des semaines et des mois. » (*Lancet*, 15 mai 1897.)

La périodicité des accès établit la transition entre la fièvre symptomatique des migrations calculeuses et celle que M. Charcot appelait hépatique et M. Chauffard, bilio-septique. Les crises hyperthermiques qui accompagnent l'infection des voies biliaires, la cholécystite et surtout l'angiocholite, apparaissent souvent avec une régularité presque parfaite et ont encore les mêmes caractères. Mais comme la lésion qu'elles manifestent est beaucoup plus grave, elles coïncident avec un état général plus mauvais, on les distinguera toujours de celles qui accompagnent la cachexie palustre par les différences que nous avons données plus haut. Le

(1) DIEULAFOY. — *Leçons de clinique médicale*, 1897-98, t. II, p. 220.

praticien non prévenu pourrait néanmoins les confondre jusqu'au bout, car les unes et les autres finissent par devenir renittentes et conduisent souvent leurs victimes à une issue fatale.

CHAPITRE V

Les antécédents propres à égarer le diagnostic

Nous avons dit que, lorsque les faits morbides produits par la lithiasé ne sont pas assez caractéristiques pour laisser découvrir leur cause, la connaissance de manifestations calculeuses plus évidentes dans le passé du sujet apporte un précieux appoint pour le diagnostic. Inversement, des antécédents de nature différente peuvent donner des présomptions en faveur d'une autre hypothèse et par suite être cause d'erreur. L'on n'est que trop souvent réduit à chercher dans cet élément l'interprétation des phénomènes qui se présentent.

Quelquefois les symptômes d'origine calculeuse surviennent dans certains états pathologiques et même physiologiques qui peuvent en expliquer l'apparition. Grandes sont alors les chances d'erreur. On ne recherche plus les antécédents pour s'éclairer sur un diagnostic douteux, ce sont les antécédents eux-mêmes qui préoccupent l'esprit et lui suggèrent une interprétation erronée. Le médecin n'a plus alors cette liberté, cette indépendance de jugement dont Claude Bernard a si bien fait ressortir la nécessité pour toute investigation scientifique (1). Au lieu de rechercher avec soin les moindres indices du mal,

(1) Claude BERNARD.— *Introduit. à l'étude de la médecine expérimentale*, p. 40 et 63.

comme le ferait celui qui en ignore tout à fait la nature, il se bornera souvent à un examen superficiel, et même il pourra méconnaître des symptômes caractéristiques ou leur donner une interprétation conforme à son idée préconçue.

Les causes étrangères qui peuvent expliquer les manifestations si diverses et souvent si banales de la lithiase sont nombreuses. Fidèle à notre pratique de grouper les faits d'après l'étiologie, nous considérerons successivement les antécédents physiologiques, traumatiques et pathologiques proprement dit. Mais auparavant, il faut mentionner les circonstances étrangères à la personne du sujet : les épidémies, les influences du climat, du terrain ou du milieu, et aussi certaines professions, particulièrement celle des peintres et des céramistes. Chez ces sujets, les crises hépatiques seront prises facilement pour coliques saturnines. Nous avons déjà signalé des erreurs dues en partie à quelques-unes de ces causes et nous ne croyons pas devoir nous y arrêter davantage.

§ I. — ANTÉCÉDENTS PHYSIOLOGIQUES.

Les antécédents physiologiques susceptibles de devenir causes d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculieuse sont ceux qui se rapportent à la vie génitale de la femme. La méprise ne se produit guère au moment où les règles s'établissent, pour la bonne raison qu'à cet âge la lithiase biliaire est très rare. Mais plus tard, le flux menstruel est à la fois une occasion provocatrice pour la colique hépatique

et une fausse explication toute prête pour les phénomènes morbides qu'elle peut produire. C'est Willemmin qui, le premier, a remarqué la coïncidence fréquente des manifestations lithiasiques, avec ces circonstances de la vie de la femme, et qui en a donné de nombreux exemples (1). « Auparavant, dit Cornillon (2), lorsqu'une femme ayant toutes les apparences d'une bonne santé, se plaignait au moment de ses règles, de vomissements, de douleurs lombaires et vers l'hypochondre droit, on s'accordait assez unanimement à dire que la cause de ces souffrances résidait dans l'utérus et ses annexes, et quand on ne trouvait aucune lésion de ces organes, on incriminait le nervosisme et même le rhumatisme. Rarement on songeait au foie et à l'appareil biliaire. » Espérons qu'aujourd'hui l'on sera en garde contre la méprise et qu'il ne faudra plus pour ouvrir les yeux, l'apparition de l'ictère ou l'explosion d'un accès de coliques hépatiques.

Il importe, surtout chez la femme, de faire le diagnostic de bonne heure, car, sans parler des complications biliaires toujours graves, la lithiase peut troubler la menstruation, amener des irrégularités et favoriser les infections de l'utérus et des annexes.

Pendant les premiers mois de la grossesse on sera porté encore davantage à voir dans ce nouvel état physiologique la cause des divers symptômes et particulièrement des vomissements. Mais c'est sur-

(1) WILLEMIN. — *Des coliques hépatiques et de leur traitement par les eaux de Vichy* (4^e éd., 1886).

(2) CORNILLON. — *Progrès médical*, 24 avril 1897, p. 257.

tout quand la gestation approche de son terme que l'erreur sera facile à commettre. M. Huchard a réuni et publié dans l'*Union médicale*, plusieurs cas où l'on a pris pour signes précurseurs de l'accouchement soit des coliques hépatiques, soit des coliques néphrétiques (1882, 18 avril, p. 616).

§ 2. — ANTÉCÉDENTS TRAUMATIQUES

Après un traumatisme accidentel ou opératoire, un sujet est pris, tout à coup, de douleurs vaguement localisées à la partie supérieure de l'abdomen, de vomissements, d'intolérance gastrique, le seul diagnostic qui semble s'imposer, c'est celui d'infection, d'abcès métastatiques du foie ou du péritoine, si le traumatisme a intéressé la séreuse de l'abdomen.

M. le professeur Dieulafoy en rapporte dans ses cliniques de 1897-98, un cas où il fit néanmoins le diagnostic.

OBSERVATION VIII. — Il y a quelque temps, M. Pozzi m'appelait en consultation auprès d'une de ses malades récemment opérée. Tout avait réussi; la malade était dans le meilleur état, n'ayant pas eu la moindre fièvre, quand elle fut prise de frissons et d'accès de fièvre violents; la température atteignait 39 et 40 degrés. Les accès se reproduisaient plus ou moins forts depuis trois jours, à des heures indéterminées et plusieurs fois en 24 heures. J'examinai la malade; l'hypochondre droit était douloureux et les conjonctives étaient légèrement ictériques; je constate une douleur au niveau des voies biliaires; j'apprends que la malade a été sujette aux coliques hépatiques; on me dit même qu'un jour on a recueilli dans ses déjections un gros calcul biliaire. Je m'arrête alors à l'idée de symptômes fébriles satellites de la lithiase biliaire, la fièvre n'ayant rien à voir à mon avis avec les suites opéra-

toires, et en effet, quelques jours plus tard, les accès de fièvre disparaissaient sans laisser la moindre trace, et les douleurs des voies biliaires disparaissaient également.

C'est bien parmi les traumatismes que doit se placer, au point de vue qui nous occupe, la solution de continuité qui se produit au niveau de l'utérus au moment de la séparation du placenta. La fièvre puerpérale est une complication si redoutable qu'elle est toujours présente à l'esprit. Aussi ne sera-t-on pas étonné qu'elle ait causé des méprises lorsque de l'affection calculeuse venait apparaître dans les jours qui suivent l'accouchement. L'observation suivante en est un exemple et contient, en même temps, les indications qui permettront d'éviter l'erreur :

OBSERVATION [IX. — Au mois de juin 1878, on vint me chercher en toute hâte pour M^{me} T... qui, étant accouchée quatre jours auparavant, avait été prise soudain de douleurs extrêmement vives, dans le ventre, avec vomissements répétés, auxquels s'étaient même joints quelques légers frissons. Nul doute, dès lors, pour moi ; il s'agissait d'une péritonite à son début, et un médecin très distingué du quartier, qui avait été appelé en attendant mon arrivée, n'avait pas hésité, lui-même, à porter ce diagnostic ; il avait fait appliquer des sangsues en grand nombre sur le côté droit, là où la douleur paraissait avoir plus d'acuité, et avait ordonné une potion à l'extrait thébaïque et de la glace à l'intérieur. Je n'arrivais que deux heures environ après la première atteinte des douleurs ; la malade rendait encore des vomissements bilieux assez abondants, et à voir de loin l'aspect légèrement grippé de la face, je ne doutais pas, je ne pouvais pas douter de la réalité du diagnostic. Quel ne fut pas cependant mon étonnement, lorsque je sentis le pouls de la malade, et lorsque je constatais que celui-ci était lent plutôt qu'accélééré, que la peau était plutôt froide que chaude, et

lorsque, prenant la température axillaire, je ne la constatai pas supérieure à 38°,¹. Je portai immédiatement mon attention sur l'état du ventre, que je trouvai peu douloureux dans les fosses iliaques, peu douloureux encore dans l'hypochondre gauche, sans trace de météorisme, et je découvris, non sans quelque surprise, que l'hypochondre droit, jusqu'à la région ombilicale, était le siège d'une hypéresthésie telle qu'on pouvait à peine en toucher la surface cutanée sans éveiller immédiatement de vives souffrances, je constatai encore au niveau de l'épine de l'omoplate un autre foyer douloureux dont se plaignait beaucoup la patiente et qui s'exagérait notablement par la pression. Pressée de questions, M^{me} T... affirma alors que ses douleurs ont perdu beaucoup de leur acuité, surtout depuis qu'elle a vomi, elle insiste même spontanément sur ce fait que « Les vomissements paraissent lui avoir fait du bien. »

Tous ces symptômes... me firent penser alors à l'existence d'une colique hépatique. Ces accidents douloureux me remirent même immédiatement en mémoire d'autres accidents ou troubles digestifs que la malade avait éprouvés à trois reprises différentes pendant sa grossesse. Je les avais d'abord mis sur le compte d'une gastralgie. Mais je n'eus pas de peine à me rappeler qu'ils avaient été caractérisés par des douleurs épigastriques assez vives survenant deux ou trois heures après les repas, disparaissant toujours rapidement après plusieurs vomissements bilieux et sans laisser aucun trouble dans la santé (1).

§ 3. — ANTÉCÉDENTS PATHOLOGIQUE PROPREMENT DITS

Lorsque la lithiase biliaire se déclare chez un sujet déjà malade, elle sera d'autant plus exposée à être méconnue que ses symptômes ressembleront davantage à ceux de la maladie déjà existante. Les uns et les autres pourront se superposer si bien que la

(1) Dr H. HUCHARD. — *Union médic.*, 18 avril 1882. T. 33, p. 616.

situation du patient paraîtra peu changée et la question du diagnostic ne se posera même pas. La lithiasie s'est-elle révélée par des signes caractéristiques, il sera parfois difficile de faire à chaque maladie la part des symptômes qui lui revient. La même confusion et la même difficulté pourront se produire lorsqu'une maladie hétérogène apparaît chez un sujet déjà lithiasique. Les symptômes de l'affection calculeuse sont si inconstants et si variables, les complications qu'elle peut entraîner sont si diverses que le médecin pourra être bien souvent embarrassé sur la nature et l'origine des accidents dont il est témoin. L'on conçoit fort bien que certaines maladies de l'estomac, du foie, du rein, les maladies fébriles, et en particulier les fièvres hectiques, les néoplasmes, donnent lieu à ces confusions.

Après la guérison, l'apparition des phénomènes lithiasiques pourra faire croire à une nouvelle atteinte de la même maladie. Ce fait est fréquent surtout lorsque l'accès de fièvre symptomatique de la lithiasie biliaire survient chez un sujet qui a eu des crises paludéennes.

Nous avons rappelé plus haut les similitudes que présentent l'une et l'autre attaque. Un dernier point de ressemblance, c'est une tendance presque égale à la récurrence. Un ancien paludique est pris de nouveau de frisson intense, suivi de chaleur et puis de sueur, il n'hésite pas, il croit qu'il s'agit d'une reprise et le dit à son médecin qui est fort exposé à épouser le diagnostic du malade. En effet outre les antécédents favorables à l'erreur, l'hypertrophie de la rate peut avoir persisté, l'augmentation de volume

du foie, les douleurs hépatiques et gastriques, les vomissements bilieux, l'ictère même peuvent être mis à bon droit sur le compte de la malaria, du moins chez les sujets qui ont eu ces formes graves de la maladie. Le dosage de l'urée serait ici d'un grand secours ainsi que l'examen du sang. Mais sans parler de la découverte des calculs, les douleurs, la décoloration des selles et même l'ictère suffiront en général pour éclairer le praticien.

Des accès fébriles pareils à ceux de la fièvre intermittente peuvent survenir encore dans l'infection des voies de l'urine. Cet appareil présente d'ailleurs avec l'appareil biliaire au point de vue anatomique, physiologique et pathologique, une analogie remarquable, mise en lumière par M. Dupré, dans sa remarquable thèse (1). Des deux côtés une glande, un conduit excréteur, une poche servant de réservoir au liquide, puis un nouveau conduit qui l'élimine et qui sert habituellement de porte d'entrée à l'infection. « La lithiase, dit M. Dupré, leur est une affection commune dans son étiologie, sa marche générale, ses principaux accidents douloureux ou inflammatoires, dans ses grandes complications et ses conséquences mécaniques lointaines. »

Les accès douloureux qui accompagnent les déplacements des concrétions, dans les deux cas ne se distinguent que par leur siège. Mais cet élément de diagnostic n'existe pas toujours. Sans doute, la crise néphrétique du côté droit est localisée dans la région lombaire, mais la colique hépatique, nous l'avons vu, peut avoir son siège au même point.

(1) DUPRÉ. — *Les infections biliaires*. Thèse, Paris 1891.

D'ailleurs, dans l'un comme dans l'autre, les irradiations agrandissent considérablement et tendent à confondre le champ de la douleur.

Aussi lorsqu'un accès d'origine biliaire vient à éclater chez un sujet déjà atteint de lithiase rénale, il sera presque fatalement méconnu jusqu'au moment où des faits caractéristiques viendront faire la lumière.

Les chances d'erreurs ne seront pas moindres lorsque l'accès hépatique revêt la forme fébrile et se déclare chez un sujet déjà atteint d'infection urinaire. Rayer en France, et Budd, en Angleterre, ont, les premiers, observé l'analogie de la fièvre symptomatique de la lithiase biliaire ou de l'angiocholite avec celle qui survient lorsque la vessie ou l'urètre sont malades. L'observation suivante prouve que les praticiens les plus compétents peuvent commettre la méprise. (Patezon. — *Bulletin médical des Vosges*. Octobre 1888).

OBSERVATION X. — Homme 50 ans, assez actif sauf dans les dernières années ; la constitution est molle, l'embonpoint assez grand, la sclérotique jaunâtre, l'appétit très développé, les digestions lourdes et somnolentes ; les jambes s'œdématisent le soir par suite d'une légère insuffisance mitrale.

Des accidents anciens du côté des voies urinaires ont amené l'inflammation et la fonte purulente de la prostate ; les urines déposent des mucosités purulentes, le canal de l'urètre est loin d'être libre. Rien à la peau, pas d'arthritisme. Foie normal. Tel est l'état du malade à son arrivée à Vittel, pour y faire sa première cure.

Rien de particulier à noter, sinon un malaise continu entre l'ombilic et l'estomac. Le diagnostic est absolument muet sur ce qui concerne l'appareil biliaire.

Après Vittel, deux années successives à Vichy. La fin de la

seconde fut tourmentée par des fatigues brusques, des dérangements d'estomac, l'augmentation de l'œdème des jambes, une grande sensibilité au froid et l'explosion de quelques accès fébriles à forme irrégulière, commençant toujours le soir par des frissons, avec refroidissement général profond, claquements de dents, pâleur, vertiges ; et, après le réchauffement, assoupissement, moiteur légère, mais jamais de sueur abondante.

Pendant ce temps le poulx était petit, concentré, fréquent. A l'apparition de la moiteur, il reprenait de la souplesse et un peu d'ampleur. Le lendemain, il y avait de la lassitude, et la langue est restée constamment jaune à la base. Du côté du ventre et pendant les accès, le malade ressentait de la gêne, de la constriction ; il y portait souvent la main et y faisait faire des frictions. Le foie souvent exploré, n'offrit jamais aucun signe pathologique.

Les accès pseudo-intermittents sur lesquels j'insiste, et qui n'avaient paru d'abord que tous les six à sept jours, revinrent tous les trois à quatre jours, mais sans régularité.

Nouvelle cure à Vittel, mais sans aucun changement dans son état. Séjour à la campagne ; persistance du malaise intérieur et des crises fébriles.

De retour à Paris, des accidents graves se déroulèrent et aboutirent au résultat le plus inattendu. Je ferai remarquer de suite que tous les médecins appelés en consultation, furent amenés par les accidents vésicaux, à ne voir dans les phénomènes accessoires, surtout les accès de fièvre, que la suite ou les complications de cet état ; la vessie ne pût être explorée, le canal étant imperméable aux instruments, le foie ne fut jamais soupçonné.

Sans nous appesantir sur les accidents des voies urinaires, comme hématurie, catarrhe intense, rétention momentanée d'urine, nous nous bornerons à la relation de ce qui appartient plus particulièrement aux crises hépatiques.

Le malade avait fini par perdre l'appétit, l'embonpoint disparut rapidement, les chairs devinrent flasques et comme cachectiques ; la région sus-ombilicale était le siège d'une douleur fixe, s'exagérant par les accès de fièvre : ce qui se

passait du côté des voies urinaires, compliqué des accidents obscurs et inconnus qui avaient leur théâtre dans les voies biliaires, avait progressivement amené ce malade à un état des plus précaires et diminué de plus en plus ses chances de survie.

Tout le monde était persuadé qu'il touchait à ses derniers moments, lorsqu'un certain jour il fut pris de coliques violentes et de besoin d'aller à la selle. On le mit à grand peine sur le vase, il fit un effort et l'on entendit un corps dur tomber, avec des matières dures et liquides. La douleur occasionnée par le passage du corps étranger à travers l'anus fut si vive que le malade tomba en syncope, entraînant la personne qui le soutenait : on le crut mort ; sous l'influence de quelques frictions il revint à lui et ne tarda pas à s'endormir profondément.

Vérification faite du contenu du vase, on trouva un calcul biliaire de la taille d'un gros œuf de poule, léger, assez friable, creusé sur une de ses faces d'une forte cavité ; il était accompagné de beaucoup de gravelle biliaire.

Sa composition chimique consistait en un mélange de cholestérine et de matière colorante de la bile ; il n'y avait pas de coque d'enveloppe de matières calcaires, ce qui doit éloigner l'idée d'un séjour prolongé de ce calcul dans l'intestin. Le malade se remit promptement de cette secousse et depuis lors, il n'a éprouvé aucun accident du côté des voies biliaires. Les accès fébriles ont complètement cessé malgré la persistance des accidents vésicaux.

CHAPITRE VI

Causes d'erreurs particulières à l'enfance

§ 1. — LES CAUSES D'ERREURS

La lithiase biliaire est très rare dans le jeune âge. L'activité des échanges vitaux chez les enfants les met presque complètement à l'abri d'une affection sur laquelle le ralentissement de la nutrition exerce une influence incontestable. Au-dessous de 12 et même de 15 ans, les cas se comptent. Le docteur Mercat, dans sa thèse présentée en 1884, en a réuni douze cas trouvés dans différents auteurs. En 1889, le docteur Gourdin-Servenièrre ajoute au nombre précédent quatorze unités, dont deux cas nouveaux et sept autres empruntés aux statistiques de Sénac et de Fauconneau-Dufresne. Il aurait pu y adjoindre les deux cas de la statistique de M. Cyr et un troisième indiqué par cet auteur, est dû à Wolf : ce qui porte à vingt-neuf le total des cas de lithiase chez les jeunes sujets, signalés avant 1898.

Les statistiques comparatives sont peu nombreuses et assez contradictoires. La plupart des auteurs : Portal, Barth et Bernier, Frerichs, Trousseau se contentent de dire que le fait est très rare. Sénac et Fauconneau-Dufresne donnent des chiffres à peu près concordants : l'un 3 sur 109, l'autre 4 sur 91. M. Cyr a rencontré les deux cas signalés plus haut

sur 558 lithiasiques. Hein déclare n'en avoir pas vu un seul sur 395.

Ce n'est donc pas sans quelque étonnement que l'on peut lire un travail publié par le *Medical Record* (1) sous la signature du docteur Wendel, dans lequel l'auteur affirme en avoir rencontré à lui seul *seize* cas chez des enfants d'au-dessous de dix ans. Il ajoute que pour chacun de ces cas le diagnostic a été vérifié soit par la découverte des calculs dans les évacuations intestinales, soit sur la table d'opération, soit enfin, pour deux d'entre eux, à l'autopsie.

Il est certain, comme le croit Fiedler cité par Naunyn (2), que la lithiase des jeunes enfants peut fort bien être méconnue. Dans la deuxième et surtout dans la première année, la rareté connue du fait se complique des difficultés et parfois de l'impossibilité d'obtenir les renseignements nécessaires. La crise douloureuse ne se manifeste chez le très jeune enfant que par ces mêmes cris qui traduisent tous ses malaises vrais ou faux peut-être. Si aucun symptôme quelque peu caractéristique n'apparaît, si la santé générale n'est pas troublée, on croira simplement avoir affaire à un enfant difficile. L'ictère dut-il se montrer, on pensera bien plutôt à un catarrhe des voies biliaires qu'à une obstruction calculeuse, et le changement de coloration des selles et des urines sera mis en corrélation avec l'ictère. L'enfant présente-t-il seulement des troubles digestifs, des vomissements, de la diarrhée, ou encore de la fièvre, on supposera des désordres gastro-intestinaux si

(1) *New-York Medical Record*, 9 juillet 1898, vol. 54, N° 2, p. 41.

(2) Naunyn. — *Klinik der Cholelithiasis*, p. 36.

communs à cet âge. En un mot, en l'absence de renseignements précis, on adopte l'hypothèse la plus fréquemment réalisée et par conséquent la plus probable. Toutes celles qui sont rares sont presque systématiquement écartées.

Voilà pourquoi les affections exceptionnelles, entre autres la lithiase, sont par ce fait même en danger d'être trop peu recherchées d'abord, et ensuite d'être méconnues. Les cas rapportés par M. Gourdin-Servenièrre en renferment deux exemples probables.

Dans les observations VIII et XVII, qui concernent deux enfants morts d'appendicite, nous voyons qu'à l'autopsie on constata la présence de petits calculs biliaires, soit dans la cavité de l'appendice enflammé, soit dans le voisinage, avec perforation de l'organe. Dans aucun des deux cas on n'avait remarqué ou plutôt diagnostiqué antérieurement des symptômes de coliques hépatiques. Les deux observations suivantes, citées par Wendel (*loc. cit.*) sont plus instructives. En voici le résumé :

OBSERVATION XI. — X..., dix-neuf mois, entré à l'hôpital dans le collapsus. Vers l'âge de six mois, il criait toutes les nuits sans raison. Le jour suivant il présentait une sensibilité anormale de l'hypochondre droit, que la mère avait reconnue en procédant au lavage de l'enfant. Les urines avaient été quelquefois trop colorées, mais il n'y avait jamais eu d'ictère franc. Il y avait de la constipation, mais on l'attribuait à l'élixir parégorique.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité abdominale une petite quantité de liquide séro-purulent non mêlé de bile. La vésicule épaissie et perforée contenait du pus et soixante-quatorze petites concrétions à facettes. Il y en avait aussi trois dans le canal cystique. Le cholédoque était libre.

OBSERVATION XII. — F. C..., sept ans et quatre mois, pris tout à coup de douleurs abdominales intenses avec pâleur et vomissements avait été amené le lendemain à l'hôpital. Deux ans auparavant, il avait eu, pendant sept semaines, des fièvres continues, jamais de jaunisse, mais souvent une douleur rapportée à l'épigastre avec nausées et vomissements.

A son entrée, l'abdomen est distendu et douloureux. Température assez élevée, pouls fréquent. Constantes nausées et vomissements. Un purgatif amène des évacuations alvines normales. On décide une intervention. A l'ouverture de l'abdomen, on trouve dans le péritoine une collection purulente communiquant avec la cavité vésiculaire. Il y a neuf calculs dans l'abcès et vingt et un dans la vésicule. Drainage. La fermeture se fait sept semaines après.

§ II — LE DIAGNOSTIC

Les renseignements contenus dans les observations de M. Gourdin-Servenièrre ne sont pas suffisants pour faire connaître les particularités de la lithiasé biliaire dans l'enfance, et les auteurs classiques, qui n'ont pas eu jusqu'ici d'autres éléments ont dû rester presque muets sur cette question, du moins pour ce qui concerne les premières années. En effet, sur les vingt-six cas rapportés, plusieurs sont de simples trouvailles d'autopsie, huit ne sont que des unités prises dans les statistiques ; il y a quelques ébauches d'observations, deux ou trois seulement sont accompagnés de quelques détails, mais concernent des enfants de dix ou onze ans, ce qui en diminue déjà l'intérêt.

Dans l'un de ces cas (obs. XIV, enfant de dix ans), l'affection est caractérisée par des accès de douleurs plus marquées au creux épigastrique, survenant dans l'après-midi ou pendant la nuit, tantôt sourdes

et persistantes. tantôt vives, mais ne durant que deux ou trois heures. Le foie est douloureux à la pression et de volume normal. Il n'y a pas d'ictère ni de fièvre, mais des nausées et des vomissements verdâtres surtout à l'occasion des crises.

Dans un autre (obs. XV, enfant de onze ans), crise douloureuse à l'hypochondre droit, ictère, selles décolorées, pas de vomissements. L'affection se complique de périhépatite et d'épanchement pleural avec fièvre intense. Le tout se termine par la guérison en une quinzaine de jours.

Pour ce qui concerne les enfants plus jeunes, nous en sommes presque entièrement réduits aux renseignements fournis par l'auteur américain. Une observation attentive des cas qu'il a rencontrés, dit-il, l'a conduit aux conclusions suivantes que nous résumons.

Il existe trois types de coliques hépatiques : dans le premier, qui est propre aux très jeunes sujets, le médecin fait son diagnostic d'après les renseignements donnés par l'entourage. L'enfant, lui dit-on, a eu un accès de cris que rien n'a pu apaiser et qui a duré plusieurs heures avec ou sans intermittences. Parfois on fait voir du linge imbibé d'urines plus colorées que d'habitude et qui ont suivi l'accès de quelques heures. Ordinairement l'ictère n'a pas eu le temps d'apparaître.

Un second type est surtout celui que présentent les sujets de deux à huit ans. Un enfant apparemment en bonne santé pâlit, commence à pousser des cris. Il se serre contre la personne qui le soigne ou refuse de bouger de peur d'augmenter ses douleurs.

Si le médecin l'observe alors patiemment pendant plusieurs minutes, il remarquera que le petit malade est très agité, qu'il porte souvent la main sur l'épigastre comme pour le saisir, qu'il se plaint beaucoup et que ses plaintes sont, de temps en temps, interrompues par de violents vomissements. Dans les cas intenses, le faciès prend bientôt l'expression d'une vive souffrance : traits tirés, sueurs profuses, ligne nasale de Jadelot très développée, température au-dessus de la normale. Souvent on trouvera les matières fécales non colorées par la bile et l'on se rappelle qu'alors elles sont souvent vertes chez les enfants. L'urine devient bilieuse au bout de 6 à 24 heures. La crise passée, on constatera souvent que la région de la vésicule est douloureuse à la pression.

Le troisième type est commun chez les sujets très jeunes ou nerveux. L'attaque se manifeste par des convulsions qui peuvent se répéter avec une fréquence alarmante et même être fatales. Elle peut se terminer par d'abondants vomissements. Dans certains cas, il y a un accès de cris interrompus par une syncope. Ces crises ne présentent rien de caractéristique. Si des antécédents plus nets ne viennent éclairer le médecin, il sera réduit à attendre les signes donnés par la vésicule, les matières fécales ou les urines. La température, surtout au début de l'attaque, ne dépasse pas la normale, et l'ictère est rare, sans doute, à cause de la rapidité plus grande de la migration des calculs chez les jeunes sujets.

On peut observer également, chez l'enfant, les complications infectieuses que la lithiase présente

chez l'adulte, et l'on ne peut s'en étonner quand on se rappelle combien est fréquente chez l'enfant l'infection intestinale (Renon) (1). L'hydropisie de la vésicule se manifeste par la distension et la dilatation de cet organe, que la palpation peut alors délimiter et qui devient douloureux à la pression.

L'inflammation accompagnée de suppuration, a une forme subaiguë et une forme aiguë. Dans la forme subaiguë, qui survient habituellement après des accès de coliques hépatiques, le petit malade, auparavant joyeux et bruyant comme les enfants de son âge, devient chagrin, mauvais et insolent. La même remarque est faite dans l'observation XVII de M. Gourdin-Servenièrre. L'appétit est quelquefois conservé, mais un repas complet est souvent suivi de malaise épigastrique. Si l'enfant est déshabillé et placé dans la position assise, les mouvements respiratoires deviennent plus thoraciques que d'habitude. L'inspiration profonde est arrêtée brusquement et s'achève par un soupir convulsif. Il en est souvent de même dans la lithiase simple. Fréquemment survient une pâleur de durée et d'intensité variables, suivie parfois de vomissements qui peuvent devenir assez abondants pour compromettre gravement l'alimentation. Les différentes formes de troubles gastro-intestinaux sont, du reste, communes dans la lithiase. L'ictère apparaît dans l'angiocholite infectieuse. La température s'élève mais ne présente pas les accès typiques des adultes. L'hyperthermie est du reste peu marquée et n'a que de légères

(1) Renon. — *Ictère bil. chez les enfants*. Traité des mal. de l'enf. de Grancher, p. 161.

variations. Le pouls s'accélère proportionnellement. Dès que la cholécystite est déclarée, l'exploration abdominale décèle la rigidité des muscles du côté droit, mais après quelques jours ils se relâchent et permettent de sentir la vésicule distendue.

La forme aiguë apparaît brusquement dans un accès de coliques. Le patient se débattait encore et poussait des cris quand, tout à coup, il s'arrête, se couche, se plaint de douleurs très vives à l'hypocondre droit et refuse d'être remué de peur d'augmenter ses souffrances. La respiration est costale, la température très élevée, le pouls rapide, les vomissements abondants. Il y a fréquemment du délire et parfois des convulsions. L'on pourra parfois sentir une masse dure, douloureuse, au niveau de la vésicule. La terminaison peut être favorable, mais souvent elle est fatale.

La conclusion de ces faits, c'est que le médecin doit avoir l'attention éveillée sur la possibilité de la lithiase biliaire dans le jeune âge et que les symptômes significatifs doivent être recherchés plus soigneusement encore chez les enfants que chez les adultes. Les accès inaccoutumés de cris, surtout lorsqu'ils sont interrompus par des vomissements, les convulsions avec vomissements et sans fièvre doivent faire penser à l'affection calculieuse. On devra s'informer alors de l'état gastro-intestinal antérieur et de l'état du système nerveux. On examinera les matières fécales, les urines, les linges et l'on appellera l'attention de l'entourage sur ces faits ainsi que sur la coloration de la peau.

Comme la teinte ictérique y apparaît rarement, il

sera nécessaire d'analyser avec soin les urines et même de ne pas s'arrêter à un premier résultat négatif. Elles pourraient ne donner la réaction de Gmelin qu'après avoir été réduites même au dixième de leur volume par l'évaporation au bain-marie.

Un très bon signe commun à tous les âges, c'est, avons-nous dit, la sensibilité douloureuse de la vésicule. Pour la reconnaître, l'examen de la respiration pourra mettre sur la voie, et les enfants d'au-dessus de trois ans donneront en général des renseignements suffisants. Mais on peut obtenir même chez les plus jeunes des notions précises en usant d'un procédé spécial. On place l'enfant dans un bain. La chaleur relâche peu à peu ses muscles, et, en stimulant le corps, le guérit de la fatigue causée par l'agitation et les cris qui ont précédé. Le médecin plonge la main dans l'eau et l'y tient pendant quelques instants afin qu'elle prenne la température du milieu. Puis, avec la pulpe des doigts, il palpe la paroi abdominale et exerce une certaine pression, en commençant par le côté gauche, passe ensuite la main sur tout l'abdomen et en dernier lieu sur le côté droit et la région de la vésicule. A ce moment, si cette partie est douloureuse, il se produira une contraction musculaire et la région deviendra dure et rigide. Quelquefois le faciès exprimera la souffrance et l'enfant poussera des cris. Dans certains cas la vésicule distendue pourra être sentie et explorée.

Il ne sera pas toujours nécessaire de recourir à ce procédé. Certains enfants même très jeunes se laissent palper facilement. Chez ceux-là et chez ceux qui sont plus âgés, il suffira de faire relever les bras et de glisser la main à plat le long du corps.

Grâce à cette attention et à ces soins, l'on découvrira peut-être et l'on pourra soigner une maladie qui eût pû rester ignorée, et l'on évitera ces surprises d'autopsie qui pour être très rares n'en sont pas moins douloureuses, ni moins regrettables.

CHAPITRE VII

Causes d'erreurs spéciales aux vieillards.

§ 1. — DIMINUTION DES RÉACTIONS

L'activité des phénomènes vitaux, qui rendait la lithiasc biliaire si rare dans l'enfance, a fait place, chez le vieillard, à un ralentissement très favorable à la formation des concrétions. Mais Beau fait remarquer que si à l'infirmerie de la Salpêtrière, on fait peu d'autopsies sans rencontrer un nombre plus ou moins grand de calculs, les coliques hépatiques sont extrêmement rares dans cet asile. La raison n'en doit point être cherchée dans leurs dimensions qui dépasseraient notablement le calibre du canal cystique. De fait ils ne sont pas plus volumineux que chez les adultes et passent souvent dans l'intestin sans provoquer aucun symptôme. La raison principale en est dans les modifications anatomiques et physiologiques qui constituent l'involution sénile. Chez le vieillard, la nutrition languit, les organes s'affaiblissent, les réactions surtout deviennent moins énergiques. L'appareil symptomatique, parfois si bruyant, qu'on observe chez les adultes, est remplacé par des phénomènes vagues et trompeurs. Des malaises peu marqués, une teinte subictérique doit éveiller l'attention du médecin et lui imposer l'obligation de compléter ses renseignements. La « gas-

tralgie » surtout ne devra pas le faire penser uniquement à l'estomac. Ces indices isolés ou réunis peuvent être l'unique manifestation non seulement de la migration d'un calcul, mais encore d'un état biliaire ou hépatique extrêmement grave, car c'est surtout chez le vieillard que ces lésions demeurent latentes jusqu'à un moment où elles sont devenues irrémédiables.

§ 2. — COMPLICATIONS SPÉCIALES AUX VIEILLARDS

Outre les modifications générales qui constituent l'involution sénile, le vieillard a le plus souvent des lieux de moindre résistance, des lésions organiques, des infirmités contractées dans le cours d'une longue existence et qui peuvent dans la lithiasé biliaire déterminer des complications spéciales et en même temps égarer le diagnostic. Le poumon surtout est chez le vieillard un lieu de moindre résistance : « Avec la congestion hépatique qui accompagne très souvent les coliques, dit Gueneau de Mussy, j'ai observé plusieurs fois une complication qui mérite d'être signalée, c'est un état congestif à la base du poumon droit, attesté par des râles crépitants fins et nombreux, de la toux, de la fièvre, une expectoration visqueuse. Cette congestion est restée limitée à la base du poumon, a disparu après deux ou trois jours de durée sous l'action de ventouses scarifiées et de vésicatoires.

» Ce n'était pas évidemment une combinaison fortuite de pneumonie et de colique hépatique ; c'était une congestion limitée, passagère, connexe à l'irri-

tation et à la congestion hépatique et disparaissant avec elle, exprimant dans un sens inverse cette solidarité entre le foie et le poumon dont témoigne l'extrême fréquence des congestions hépatiques dans les pneumonies ».

Les troubles circulatoires du poumon retentissent nécessairement sur un organe qui se trouve, non seulement en rapport de contiguité anatomique avec lui, mais encore, dans une étroite connexion fonctionnelle, c'est le cœur. Mais le cœur éprouve encore le contre-coup des désordres vasculaires des autres organes, qui tous peuvent être plus ou moins altérés chez le vieillard. En effet, le rein et la rate tendent à s'atrophier; le foie est souvent cirrhosé, congestionné; le système artériel est atteint de sclérose, et les vaisseaux du cœur lui-même y participent. De sorte qu'en l'absence de lésions organiques proprement dites, cet organe est souvent en état d'équilibre instable, et sous la menace de l'asystolie. Le danger est beaucoup plus grand quand il existe des insuffisances ou des rétrécissements valvulaires. Aussi lorsque la lésion cardiaque a permis au sujet qui en est porteur, d'arriver à un âge avancé, elle peut à l'occasion des migrations calculeuses déterminer rapidement des accidents redoutables. Le malade est pris parfois de lipothymie et même de syncope. Son existence est alors gravement menacée, et la fin peut être brusque. C'est à l'autopsie seulement que la constatation d'un calcul engagé dans les voies biliaires donne l'explication de tout ce qui vient de se passer.

Les complications pulmonaires et cardiaques ne causent habituellement aucune douleur bien nette.

Dans les cas où celle-ci apparaît, elle se localise assez souvent dans l'abdomen. Elle est diffuse, parfois très intense, le ventre est ballonné surtout à sa partie supérieure, le malade paraît atteint de péritonite. La constipation est parfois telle qu'elle résiste aux plus forts purgatifs, jusqu'à ce que la crise douloureuse soit terminée ; le malade a du hoquet, de l'intolérance gastrique, des vomissements bilieux, le faciès abdominal, le pouls petit. C'est le tableau d'une obstruction intestinale. Et s'il existe une hernie on pensera naturellement à un étranglement.

L'absence de matières fécales dans les vomissements, les antécédents lithiasiques et tous les éléments du syndrome ictère devront être recherchés avec le plus grand soin.

Il faut mentionner encore les accès de fièvre calculieuse sur lesquels nous nous sommes longuement étendus plus haut. Nous nous contentons de rappeler qu'ils sont très communs chez le vieillard, mais que le plus souvent ils ne présentent pas les trois stades classiques. Lorsqu'un sujet d'un âge avancé accuse un frisson, une poussée fébrile, surtout si elle est accompagnée de « crampes d'estomac » on peut porter presque à coup sûr le diagnostic de lithiase biliaire, heureux s'il ne s'agit que d'accès isolés symptomatiques de migrations simples, et si des crises répétées ne viennent pas dénoncer la redoutable angiocholite ou quelque autre manifestation grave de l'infection biliaire.

CONCLUSIONS

1° La lithiasé biliaire est une affection dont les manifestations sont variées, changeantes, parfois bizarres. Le praticien est porté à ne la reconnaître que dans la crise franche de coliques hépatiques, ou dans les symptômes qui ne permettent pas le doute. Il doit savoir en saisir les moindres indices et la dépister malgré les différentes causes d'erreur. Mais le diagnostic en peut présenter tous les degrés de difficulté, depuis l'évidence jusqu'à l'impossibilité absolue.

2° Lorsque, pour des raisons même sérieuses, on porte un diagnostic sans le contrôler par l'examen attentif du malade, on s'expose toujours à l'erreur.

3° Si l'attention des médecins était éveillée davantage sur la lithiasé biliaire chez les enfants, nous sommes porté à croire que les cas observés en seraient moins rares qu'ils ne l'ont été jusqu'ici.

4° La lithiasé biliaire avec ses complications est une des maladies auxquelles il faut toujours penser chez le vieillard.

VU :

Le Président de la Thèse

C. POTAIN.

VU :

Le Doyen

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRAL. — *Clinique médicale*, 4^{me} édit., 1840, t. II.
- BARIÉ. — *Recherches cliniques sur les accidents cardio-pulmonaires d'origine gastro-hépat.* (*Revue de médecine*, 1883).
- BARTH et BESNIER. — *Art. Biliaires (Voies) du dictionn. encycl. des Sc. méd.*, 1868.
- BERNARD (Claude). — *Introduction à l'étude de la médecine expériment.*, pp. 40 et 63.
- BOUCHARD. — *Maladies par ralent. de la nutrit.*, 1879.
- BURET. — *Du diagnostic de l'ectopie rénale.* Th. de Paris, 1883.
- CALOT. — *De la cholécystectomie.* Th. de Paris, 1890.
- CHARCOT. — *Maladies du foie et des reins.* 1877, 15^e leçon, p. 153.
— *Maladies des vieillards*, 1867.
- CHAUFFARD. — Article : *Lithiase biliaire du Traité de médecine de Charcot.*
- CORNILLON. — *Rapports de la lithiase biliaire avec les fonctions utérines.* (*Progr. méd.*, 24 avril 1896, p. 257.)
- CYR. — *Des causes d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculieuse du foie.* (*Arch. gén. de méd.*, févr. 1890, p. 165).
— *Traité de l'affection calculieuse du foie*, 1884.
- DIEULAFOY. — *Leçons de clinique médicale*, 1897-98, t. II, p. 222.
- DUFOUR. — *De l'ictère dans la lith. bil.* (*Lyon médical*, 11 avril 1897, p. 522 et 582.)
- DUPRÉ. — *Des infections biliaires.* Thèse de Paris, 1891.
- FRERICHS. — *Traité pratique des maladies du foie et du pancréas.* Trad. franç., par Duménil et Pajot, 1860.
- FABRE. — *Phénomènes cardiaques dans l'ictère.* (*Gazette des hôpit.*, 1877, p. 91 et 923).
- FAUCONNEAU-DUFRESNE. — *Traité de l'affection calculieuse du foie*, 1856.
- FOURNIÉ. — *Du rein flottant au point de vue du diagnostic.* (*Revue médic. franç. et étrang.*, 6 janv. 1883, p. 16 et 92.)

- GALLIARD. — *Vomissements de calculs biliaires.* (Médéc. moderne, 6 juillet 1895.)
- GANGOLPHE. — *Bruit de souffle mitral dans l'ictère.* Thèse de Paris, 1875.
- GILBERT. — *Note pour servir à l'histoire de la théorie microbienne de la lith. bil.* (Arch. gén. de méd., sept. 1898, p. 257.)
- GILBERT ET FOURNIER. — *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. V, art. Lithiase biliaire.
- GILBERT. — *Coliques hépatiques et tétanie.* (Soc. de biol., 1897, p. 108.)
- GOULDIN-SERVENIÈRE. — *Lithiase biliaire dans l'enfance.* Th. de Paris, 1889.
- GRIFFON. — *Ectopie de la vésicule biliaire* (Soc. anat., Paris, 5 nov. 1894).
- GROCCO. — *Sur la pseudo-gastralgie de la Cholélithiase* (Settimana medica del sperimentale, 1898, p. 133).
- GUÉNEAU DE MUSSY. — *Clinique médicale*, t. II, p. 73.
- HUCHARD. — *Coliques hépatiques et coliques néphrétiques dans la grossesse et l'accouchement* (Union médicale, 1882, p. 616).
- LABADIE-LAGRAVE. — *Complic. de la lith. bil. Obstr. intest. sup.* (Revue gén. de clin. et de therap., 1898, t. XII, p. 401).
- LANCEREAUX. — *Traité des mal. du foie et du pancréas*, 1899, p. 707.
- LE LIONNAIS. — *Diffic. du diagn. des tum. de l'hypoch. dr. formées par la vés. bil.* Th. de Paris, 1896.
- LÉPINE. — *Coliques hépatiques sans calculs* (Lyon médical, 18 fév. 1894).
- MAGNIN. — *Accidents de la lith. bil.* Th. de Paris, 1869.
- MATHIEU. — *Calculs biliaires ou calculs intestinamx* (Soc. méd. des hôpit., 4 juin 1897).
- MAUCLAIRE. — *Calcul dans la vésic. bil. avec hépatomégalie et hépatoptose temporaire. Cholécystostomie.* (Soc. anat., 5 nov. 1897, p. 785).
- MIGNOT. — *L'origine microbienne de la lith. bil.* (Archives gén. de méd., 1898, août et septembre, p. 129 et 263).
- MOSSÉ. — *Accidents de la lith. bil.* Th. d'agr. 1880.
- NAUNYN. — *Klinik der Cholelithiasis*, 1892.
- PATEZON. — *Des accès fébriles à forme intermittente dans la*

- lith. biliaire et les gros calculs hépatiques.* (*Bulletin méd. des Vosges*, octobr. 1888).
- POTAIN. — *Clinique médicale de la Charité. Leçon 16. Des accidents card. liés aux troubles gastro-hépatiques*, p. 205.
- *Notes sur un point de la pathogénie des dilatations cardiaques d'orig. hépat.* — 7^{me} Congrès pour l'avancement des sciences, Paris, p. 1003.
- RENON. — *Ictère chez les enfants. Traité des maladies de l'enfance de Grancher*, t. III, p. 161.
- MARTIN SCHMIDT. — *Hémorrhagie mortelle par anévrysme de l'artère hépatique dans la lith. biliaire.* (*Deutsche archif für klinische Medicin*. L. II, p. 536).
- SIREDEY. — *Coliques hépat., paral. de l'intest.* (*Soc. méd. des hôpitaux*, 15 mars 1895, p. 239).
- STEVENS. — *Cas obscurs de maladies de la vésic. bil.* (*New-York médical Record* 1898, L. IV, p. 50).
- TERRIER. — *Inflammation et dilatation de la vésic. bil. prise pour une lésion inflammatoire du cœcum et de l'appendice. Cholécystect.* (*Gaz. hebdom. Paris*, 21 déc. 1895, p. 603).
- WARD. — *Calcul bil. simulant un épithélioma de l'estomac.* (*Ibid*, 22 janvier).
- WENDEL. — *Contribution à l'étude de la symptomatologie et du diagnostic dans la lith. bil. dans l'enfance et la jeunesse.* (*Ibid*, 9 juillet, p. 41).
- WILLEMIN. — *Des coliques hép. et de leur traitement par les eaux de Vichy.* (4^e éd. 1886).
-

LILLE, IMP. H. MOREL, RUE NATIONALE, 77.
